

MASTEROPPGAVE

Emnekode: KL360E

Navn på kandidat:

.....Bjørn.Ove.Faldaas.og.Bente.Petrin.Bang.....

Åpenhet rundt uønskede hendelser i sykehus,
påvirkning på meldekultur og pasientsikkerhet

Dato: 16.05.2016

Totalt antall sider: 110

Forord

Gjennom vår jobb ble vi oppmerksomme på at Nordlandssykehuset var en av de første til å offentliggjøre pasienthendelser på sin hjemmeside. Hvilken påvirkning åpenhet hadde på meldekultur sto som et sentralt spørsmål for oss. Dermed ble dette utgangspunktet for oppgaven vår.

Vi var begge fagsykepleiere ved Prehospital klinikk og fikk muligheten til å skrive oppgaven sammen gjennom godkjenning fra Nord Universitet og våre nærmeste ledere. Vi vil med dette takke dere for denne muligheten. Videre vil vi spesielt takke Nordlandssykehuset HF som lot oss gjennomføre undersøkelser. Det har vært en tidkrevende, men svært lærerik prosess. Vi fikk mulighet til å bli bedre kjent med vår egen organisasjon, og da spesielt hvordan ansatte og ledere ser på vårt meldesystem og åpenhetskulturen i sykehuset.

Vi vil rette en spesiell takk til vår veileder Jan Terje Henriksen ved Nordlandssykehuset som med god og stødig veiledning har vist oss veien gjennom arbeidet med oppgaven. Vi ønsker å takke våre respondenter som velvillig deltok, delte sine meninger og oppfatninger om temaet.

Skrivingen har vi kombinert med jobb som periodevis har ført til meget hektiske dager. Vi ønsker derfor å takke våre familier for sin tålmodighet og utholdenhet i denne perioden.

Bente Petrin Bang

Bjørn Ove Faldaas

18. mai 2016

Sammendrag

Introduksjon:

Oppgaven tok for seg temaet ”Åpenhet rundt uønskede hendelser i sykehus, påvirkning på meldekultur og pasientsikkerhet”. Vi ønsker å finne svar på dette gjennom problemstillingen:

Hvilken påvirkning hadde endring av åpenhet rundt melding påvirkning på endring av pasienttilbudet/behandling?

- *Hva kjennetegner meldekulturen i Nordlandssykehuset?*
- *Bidro økt åpenheten rundt meldinger til en endring i meldekulturen?*
- *Førte endring av meldekulturen til endring av pasientbehandlingen?*

Metode:

Oppgaven bygger på relevant teori og kvalitativ datainnsamling.

Datainnsamlingen var gjennomført ved Nordlandssykehuset gjennom dybdeintervjuer av helsearbeidere og ledelse. Studiet bygger på etnometodologisk tilnærming der vi ser nærmere på meldekultur, meldesystem, åpenhet og pasientsikkerhet.

Resultat:

Ansatte meldte om uønskede hendelser med et ønske om bedre pasientsikkerhet og endring. Det forekom en del underrapportering. Denne underrapporteringen angis å være på grunn av mangel på kunnskap om meldesystemet, tidspress, tilgjengelighet, fare for sanksjoner og manglende tilbakemelding. I tillegg hadde ikke de ansatte en opplevelse av ending eller forbedring som følge av å melde.

Konklusjon:

Respondentene mente åpenhet om uønskede hendelser var positivt, men de følte seg eksponert som meldere. Vi mener trygghet og åpenhet rundt offentliggjøringen kunne bidratt til bedring av meldekultur.

Saksbehandlingsprosessen bør være på en slik måte at det føles verdifullt å melde. For den ansatte ligger verdien i tilbakemelding og eventuelt endring.

Summary

Introduction:

This thesis has the theme "Transparency in adverse events in hospitals, impact on the culture for reporting adverse events and on patient safety.". We wanted to gain new knowledge in this field through studying the following question

Which impact has change of transparency regarding reporting of adverse event on what quality and kind of patient care and treatment is offered?

- *What characterizes the culture for reporting adverse events at Nordland Hospital?*
- *Does the transparency regarding adverse event reports change the culture for how reporting adverse events?*
- *Does change in the culture for reporting adverse events lead to change in patient treatment?*

Method:

This thesis is based on relevant theory and qualitative collection of data. The data collection was conducted at Nordland Hospital through in-depth interviews of health care workers and their leaders. The thesis is based on an ethnomethodological approach where we look closer on the culture for reporting adverse events, the system for reporting these events, transparency and patient safety.

Results:

Employees report of adverse events wanting better patient safety and change. Unfortunately we found that there seemed to be underreporting of adverse events. This underreporting is said to be due to lack of knowledge of the system for adverse event reporting, lack of time, availability, fear for sanctions and lack of feedback. Another key factor was that little seemed to change to the better in spite of reports of adverse event already sent.

Conclusion:

The respondents meant that transparency was positive, but being the person sending made them feel exposed. We mean that safety and transparency around the public disclosure of the adverse events could have contributed to making the culture better for reporting these events.

The proceeding should be organized in such a way that it feels valuable to report events. For the employee the value of reporting is in the feedback they get if possible what change is made.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Summary	3
Figurer	7
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	8
1.2 Tema og problemstilling	9
1.3 Formål	9
1.4 Tidligere forskning på området	10
1.5 Avgrensning.....	11
1.6 Sykehuset vi forsker på	12
1.7 Struktur i oppgaven	13
2 Teori	14
2.1 Komplekse responderende prosesser (CRP, Complex Responsive Processes)	14
2.2 Høy Pålitelige Organisasjoner (HRO, High Reliability Organizations).....	15
2.3 HRO og CRP	17
2.4 HRO og James Reasons	18
2.5 Pasientsikkerhet	20
2.6 Uønskede hendelser, pasienthendelser	21
2.7 Åpenhet.....	23
2.8 Meldekultur.....	27
2.9 Meldesystem	29
2.10 Læringskultur	30
2.11 Kulturendring	31
2.12 Åpenhet og pasientsikkerhet	31
2.13 Meldekultur og pasientsikkerhet	32
2.14 Sammenheng mellom meldekultur og pasientsikkerhetskultur.....	33
3 Metode	34
3.1 Kvalitativ metode	34

3.2	Induktiv datasamling	34
3.3	Forske innenfor egen organisasjon.....	35
3.4	Design.....	36
3.4.1	Etnometodologi.....	36
3.4.2	Eksplorerende design.....	37
3.5	Hvordan utarbeidet vi intervjuene:	38
3.6	Valg av respondenter	39
3.7	Gjennomføringen av dybdeintervju	39
3.8	Analyse av intervju	41
3.9	Validitet.....	41
3.10	Relabiliteten	43
3.11	Datakilder og kildekritikk.....	44
4	Sammenfatning av empiri	46
4.1	Åpenhetskulturen	46
4.2	Underrapportering.....	46
4.3	Manglende tilbakemelding.	48
4.4	Meldekultur.....	49
4.4.1	Redsel for konsekvenser av å melde.....	50
4.4.2	Digitalisering av meldeordningen	50
4.4.3	Kunnskap og forståelse for meldesystemet.....	52
4.4.4	Engasjerte medarbeidere	52
4.4.5	Den uformelle avvikshåndtering.....	53
4.5	Bidrar økt åpenhet rundt avvikene til endring i meldekulturen	53
4.5.1	Åpenhet i sykehuset og helsevesenet.....	56
4.5.2	Åpenhet mot samfunnet.....	57
4.6	Meldekultur og pasientbehandling.	59
5	Drøfting	62
5.1	Meldekultur.....	62
5.1.1	Meldesystemet påvirkning på meldekulturen	63
5.1.2	Tilgjengelighet.....	66
5.1.3	Er de mindre alvorlige avvikene uvesentlige?	67
5.1.4	Arbeidspress, tidsklemme og meldekultur	69
5.2	Åpenhetens påvirkning på meldekultur.	72
5.2.1	Lederens betydning i forbindelse med åpenhet blant ansatte.....	75

5.2.2	Læring mellom institusjoner, sykehus og internt.	77
5.2.3	Åpenhets- og meldekulturens påvirkning på pasientsikkerhet.	79
5.3	Blir pasientbehandlingen endret av meldinger som leveres?.....	81
5.3.1	Top-down og bottom-up i forbedringsarbeidet.....	83
6	Avslutning og konklusjon	86
6.1	Meldekultur.....	86
6.2	Åpenhet og meldekultur	87
6.3	Endring på bakgrunn av meldinger.....	87
6.4	Hvilken påvirkning hadde endring av åpenhet rundt melding påvirkning på endring av pasienttilbudet/behandling?.....	88
6.5	Anbefalt videre forskning.....	89
7	Litteraturliste	90
8	Vedlegg.....	96
	Vedlegg:1	96
	Vedlegg 2	98
	Vedlegg: 3	101
	Vedlegg: 4	102
	Vedlegg: 5	106

Figurer

Figur 1	Struktur i oppgaven	13
Figur 2	Informed culture	19
Figur 3	Swiss cheese model	22
Figur 4	Pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen PSKU	26
Figur 5	Induktive og Deduktive studier	35
Figur 6	Meldekultur	71

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Vi jobber begge ved Nordlandssykehuset Bodø, og har jobbet i helsevesenet og sykehuset siden 1996. Vi har begge stillinger som innbefatter å jobbe med forbedring og endring, men ved ulike enheter i samme avdeling. I vårt daglige virke har det vært diskusjoner og reaksjoner når sykehuset har havnet i medias søkelys i forbindelse med pasienthendelser. Ansatte har ytret meninger i ulike retninger på om det var lurt å offentliggjøre pasienthendelser, når de blir ”brukt til lørdagsunderholdning” av media. Vi var nysgjerrige om de ansatte hadde endret holdning til å melde. Bidro åpenheten til at flere meldinger blir meldt, eller kunne det være slik enkelte hevdet, at dette var et langt steg i feil retning, hvis ønsket var å få flere meldinger.

Det hele startet ved at sykehuset ble rammet av den omtalte kirurgisaken i 2010 som medførte av daværende direktør gikk av og ny sykehusledelse kom på plass i 2011. I etterkant har sykehuset også hatt den såkalte celleprøvesaken i 2013.

Nordlandssykehuset valgte å publisere et utvalg av meldinger som kunne ha ført til, eller førte til pasientskade. For denne åpenheten mottok daværende medisinsk direktør Barthold Vonen og administrerende direktør ved sykehuset Østfold, Just Ebbesen, åpenhetsprisen for det systematiske arbeidet som har ført til at alle sykehus i dag offentliggjør uønskede hendelser (Nordlandssykehuset HF, 2014b).

Denne debatten la grunnlaget for vårt valg av tema. Vi ønsket se på lederes og ansattes holdninger til meldinger og endringen i åpenhet om pasienthendelser.

1.2 Tema og problemstilling

Helsevesen har ikke hatt tradisjon for å være åpent mot pasienter, befolkning eller media. Vi har hatt et inntrykk av at man tidligere ikke har vært åpen om pasienthendelser og feil. Men den senere tid er dette startet å endre seg. I dag offentliggjør alle sykehusene et utvalg av uheldige pasienthendelser. Vi hadde en interesse av å se på sammenhengen mellom åpenhet, meldekultur og om dette hadde en påvirkning på pasientsikkerhet/behandling.

På bakgrunn av dette kom vi frem til følgende problemstilling:

Hvilken påvirkning hadde endring av åpenhet rundt melding påvirkning på endring av pasienttilbudet/behandling?

- *Hva kjennetegner meldekulturen i Nordlandssykehuset?*
- *Bidro økt åpenheten rundt meldinger til en endring i meldekulturen?*
- *Førte ending av meldekulturen til endring av pasientbehandlingen?*

1.3 Formål

Gjennom oppgavens problemstilling ønsket vi å kunne belyse temaet åpenhet og meldekultur, i håp om å kunne bidra med ny kunnskap eller være støttende til allerede eksisterende forskning på feltet. Et annet sentralt formål var å kunne få økt kunnskap for bidra til at sykehuset kunne bli et tryggere sted for pasienter, og en bedre arbeidsplass for ledere og ansatte.

Vi ser økt åpenhet som en utvikling som vil fortsette videre framover. Kan vår forskning bidra til å synliggjøre hvilke utfordringer som ligger i å bli mer åpne om hendelser som skjer i sykehuset. Vi tror oppgaven kan gi noen svar på hva som kan være interessant å undersøke videre, eller hvilke aspekter som tidligere ikke har vært tatt med i forskning rundt melde- og åpenhetskultur.

Vi håper oppgaven kan bidra til interesse for å jobbe videre med å forstå hvilke prosesser og krefter som ligger bak ansattes og lederes beslutninger i forbindelse med forbedringsarbeid. Vi hadde også en antagelse om at økt åpenhet kunne ha sammenheng med sykehusets forbedringsarbeid.

1.4 Tidligere forskning på området

Vi søkte på litteratur om åpenhet og meldekultur som kan ses i sammenheng med vår problemstilling fant vi lite forskning gjort i Norge. Av internasjonal forskning var det noe mer tilgjengelig forskning. Internasjonal forskning om åpenhet går mer på den redselen sykehus og helsepersonell har for å bli saksøkt som følge av medisinske feil. Norsk forskning dreier seg ofte om åpenhet mellom helsevesen, pasienten eller pårørende i grad av medbestemmelse og deltagelse i beslutninger som gjøres.

Gjennom å studere debatter, bøker, og forskning rundt pasientsikkerhet og åpenhet, fant vi kilder som beskrev og forsket på deler av vår problemstilling. Dette dro oss videre inn i tematikken ved å finne søkeord og tema som kunne gi oss relevante treff. Vi har funnet og lest igjennom et betydelig antall artikler, hvorav de mest interessante fra vårt ståsted er referert til i oppgaven. Dette henger sammen med at det var vanskelig ut fra overskrift eller søkeord og finne hvilke artikler som kunne belyse våre spørsmål.

Vi brukte ulike søkemotorer for å finne fram til litteratur og følgende søkeord, søkeordene ble også brukt i ulike kombinasjoner:

- Pasientsikkerhet, pasientsikkerhetskultur
- Åpenhet og åpenhetskultur
- Meldinger og meldekultur
- Reporting og reporting culture
- Safety og safety culture
- Patient safety,
- Medical error
- Reporting incidents, incident reporting
- Strategies for improving patient safety
- Reporting system
- Improving,
- Transparency, disclosure
- Sosial media
- Open disclosure of medical errors
- Public reporting of quality
- Extreme honesty

De søkemotorer vi har brukt for å finne litteratur er;

- helsebiblioteket
- google scholar
- oria
- pubmed
- google

Vi brukte alle søkemotorene for å finne relevante artikler og oppgaver som kunne være av interesse og hjelpe oss til å belyse vår problemstilling.

1.5 Avgrensning

Det kan tyde på at problemstillingen vår er en nasjonal utfordring. Vi hadde dessverre ikke mulighet for å undersøke hele det norske helsevesenet. Når vi ønsket å gjøre en kvalitativ tilnærming og valgte dybdeintervju som form på vår undersøkelse, går vi i dybden av temaene.

Vi har begrenset oss til å ha respondenter fra to klinikker ved Nordlandssykehuset, Medisinsk klinikk og Prehospital klinikk. Dette for å få et vist sammenligningsgrunnlag, og at størrelsen på oppgaven ikke gav oss mulighet for flere intervjuobjekter. Media har vi og utelatt i forhold til åpenhet i vår oppgave. Dette siden temaet var såpass stort i seg selv at det vil være en egen oppgave. Vi tar ikke for oss enkeltsaker som har vært debattert i sykehuset og media i denne oppgaven. Dette for at vi ønsker å se på større sammenhenger som påvirker åpenheten og meldekulturen, og ikke enkeltsakenes vinkling.

Kvaliteten på det meldesystemet sykehuset har i dag vil ikke bli drøftet i oppgaven.

Vi bruker både melding og avvik om hendelsene som rapporteres i meldesystemet. Dette siden respondentene bruker begge begrepene.

Definisjonen helsearbeider vi i oppgaven innbefatte kun sykepleiere og leger.

1.6 Sykehuset vi forsker på

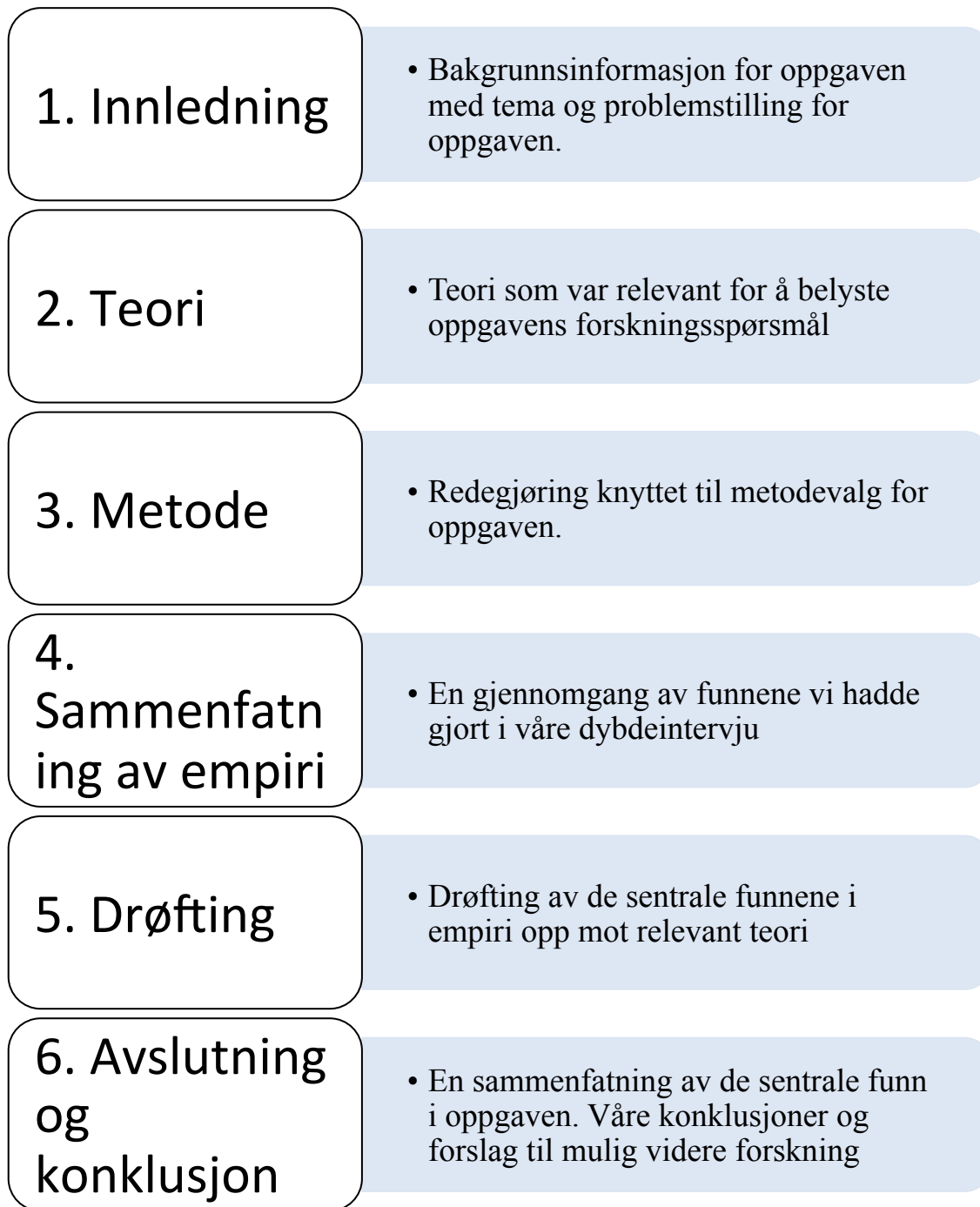
Nordlandssykehuset HF er Nord-Norges nest største helseforetak. Sykehuset har både lokale-fylkesdekkende-og landsdekkende funksjoner. Den har en lokalsykehusfunksjon i Salten, Lofoten og Vesterålen med om cirka 136 000 innbyggere. Flere fylkesdekkende funksjoner innen nevrologi, medisin, kirurgi og psykiatri. Regional senter for spiseforstyrrelser for voksne og Regional senter for sykelig overvekt tar imot pasienter fra hele Nord-Norge. Foretaket har også en regional funksjon for klinisk pasientsikkerhet.

Helseforetaket er en utdanning-og forskningsinstitusjon og har tilbud om utdanning og praksis innenfor flere sykehusrelaterte yrkesgrupper. Samtidig har de et fokus på opplæring av pasienter og pårørende.

Sykehuset er i tillegg til administrative enheter organisert i klinikker og sentere.

Klinikkmodellen ble innført i 2008 og består i dag av åtte klinikker, syv stabsenheter og to sentre. De to sentre er drift og eiendom og utbygging. Nordlandssykehuset har cirka 4.100 ansatte fordelt på cirka 3.600 årsverk.

1.7 Struktur i oppgaven



Figur 1 Struktur i oppgaven

2 Teori

I teorikapitlet har vi hentet inn litteratur og forskning som omhandler temaene i problemstillingen. Teorien gav oss kunnskap om hva som finnes av litteratur og forskning på de ulike tema oppgaven berører.

Vi vil belyse begrepene meldesystem, åpenhetskultur, pasientsikkerhet og med et spesielt fokus på åpenhet og de mest alvorlige hendelsene

2.1 Komplekse responderende prosesser (CRP, Complex Responsive Processes)

Komplekse responderende prosesser, CRP, vokste fram fra arbeidet av Ralph Stacey (2011). Teorien var en ny måte å se på organisasjon, ledelse og menneskelig interaksjon. Stacey beskrev teorien som utfordrer til etablert tenkning der organisasjoner ses på som systemer. CRP er ikke en teori som gir svar eller en fasit på hvordan en organisasjon må fungere for å lykkes, men kan brukes for å forstå hvorfor en systemtilnærming ikke fungerer på en organisasjon med mennesker (Stacey, 2011).

Teorier om strategisk ledelse i organisasjoner har i følge Stacey først utviklet seg etter andre verdenskrig. Beskrivelser av strategier for ledelse av hærer, byer og organisasjoner har en lang historie. Planlegging i store bedrifter hadde en dreining fra å være en felles aktivitet blant ansatte, til å bli strategisk ledelse utført av ledere hvis verdifull kompetanse var å misjonere og være inspirerende (Stacey, 2011).

Ralph Stacey (2011) presenterer gjennom sin ledelse og organisasjonsteori en motvekt til etablert ledelsesteori. Stacey stiller gjennom CRP spørsmålsteget til teorier der en ser på mennesker, grupper og organisasjoner som systemer som kan styres eller kontrolleres av mektige topp ledere. CRP tar til orde for at man ikke kan styre og kontrollere en organisasjon på bakgrunn i at mennesket er fritt tenkende og tolkende. Mennesker interagerer på en uforutsigbar måte gjennom læring og kreativitet og styres ikke ut fra matematiske formler (Aase, 2015, Stacey, 2011). Organisering og ledelse av mennesker i en organisasjon basert på kybernetikk (læren om hvordan dataprogrammer styres og kontrolleres) slik det vokste fram under og etter andre verdenskrig, vil være utenkelig ut fra CRP (Stacey, 2011).

“What happens to an organization is not simply the consequence of choices made by powerful people in that organization. Instead, what happens to any one organization is the

consequence of the interplay between the many choices and actions of all involved across many connected, interdependent organizations” (Stacey, 2011, s. 18)

For en toppleder å bevisst styre en organisasjon mot et bestemt mål eller i en bestemt retning er ikke mulig i et kompleksitetsperspektiv. Organisasjoner må ses på som selvorganiserende og paradoksale som organiserer og skaper gjennom interaksjon og kommunikasjon mellom mennesker. (Johannessen, 2011).

CRP beskrives som det store antall interaksjoner mellom mennesker som gjennom gjentatte handlingsmønstre blir kulturer, tradisjoner eller institusjoner. Ut fra dette perspektivet kan ledere ha en holdning eller utsagn som i interaksjon med andre kan vokse fram og føre til endring, men lederen kan ikke styre responsen fra andre. (Johannessen, 2011)

Ved å ta steget fra å tenke på organisasjoner som systemer til å tenke på dem som responderende interaksjoner mellom mennesker, må tilnærmingen til ledelse endres. Ledelse vil være å kunne påvirke mennesker gjennom dialog, makt, deltagelse, engasjement og bevisst sammensetning av grupper. På den måten vil en leder kunne påvirke og oppmuntre til endring. Denne type ledelse var mer ydmyk, men like betydningsfull og krevde stor grad av evner for å lykkes (Stacey, 2011)

Med CRP endres beslutningstagningen fra top-down til bottom-up. Makt til endring og eller utvikling ligger ute blant de ansatte, og ikke hos toppledere (Johannessen, 2011).

2.2 Høy Pålitelige Organisasjoner (HRO, High Reliability Organizations)

Grunnlaget for High Reliability Organizations ble dannet ved å studere hvordan høyrisikoorganisasjoner organiseres for å takle feil, håndtere det uforutsette og forbedringsarbeid. Høyrisikoorganisasjoner som akuttmedisinske behandlingsteam, beredskapsorganisasjoner som brannvesen, atomdrevne hangarskip, atomkraftverk og kontrolltårn for flytrafikk. Fellestrekk var at de opererte med høy risiko og med stort samfunnsansvar for å drifte sikkert og unngå katastrofer. Fellestrekkene for hvordan organisasjonene jobber med organisering, sikkerhet og forbedringsarbeid danner grunnlaget for HRO. Hvordan bygge en organisasjon med høy oppmerksomhet (mindfulness) rundt feil og endringer for å minske sjansen for at organisasjonen opplever krevende kriser og hvis krisen inntreffer, hvordan begrense den mest mulig. Bygging av felles kultur, (kultur definert

som ”hvordan man gjør ting her”), står sentralt for hvordan forebygge uønskede hendelser (Weick, 2007).

HRO organisasjoner jobber systematisk for å avdekke feil og forhindre større feil oftere en tilsvarende bedrifter. Svaret ligger hos personellet som til daglig jobber med systemet, det såkalte frontlinjepersonellet.

”maintenance personnel seem well positioned to spot unexpected problems and improve organizational learning” (Weick, s. 48) (Med maintenance personel forstås ansatte som til daglig jobber med og kjenner systemets styrker, svakheter og muligheter)

HRO jobber mot at organisasjonen har ”mindfulness” (oppmerksomhet/bevissthet) og har fokus på fem sentrale tema.

- *Tracks small failures (opptatt av svikt/feil)*
- *Resist oversimplification (motstand mot forenkling)*
- *Remains sensitive to operations (sensitivitet til operasjoner)*
- *Maintains capabilities for resilience (engasjement rundt elastisitet)*
- *Take advantage of shifting locations of expertise (ettergivenhet til ekspertise)*
(Weick, s. 2)

HRO innser at organisasjoner var komplekse og dynamiske og fokuserer på de ansatte som til daglig gjør jobben og kjenner sin arbeidsplass i detalj. En HRO organisasjon har som grunntanke at store alvorlige hendelser har hatt mange små varsler før det inntreffer. Gjennom mindfulness, kan en organisasjon avdekke flere alvorlige hendelser før de får konsekvenser. Hvis alvorlige hendelser inntreffer vil organisasjonen stå sterkere for å takle dem. En god rapportering og meldekultur står sentral og ansatte oppfordres og belønnes for å melde feil, nestenulykker eller avvik.

En slik organisering som HRO presenterer forutsetter at ansatte, mellomledere og toppledere hadde full tillit til åpenhet var til et felles beste. Det krever at mellomledere må gi slipp på mye av kontrollen de normalt sett har til fordel for å være formidlere oppover i systemet med sin tyngde for å få gjennomført endringer som trengs. Toppledere må delvis gi slipp på tanken å kunne styre organisasjonen, mer makt må gis ut til de ansatte.

2.3 HRO og CRP

HRO og CRP synes ha noe lik tilnærming til hvordan man håndterer komplekse organisasjoner. Nøkkelen ligger hos ”frontlinje” personellet eller ”de som står på gulvet”. Det var dem som drev organisasjonen og som skapte endring, det selvorganiserende som Weick beskriver (Weick, 2007, Stacey, 2011).

Tilnærmingen begge har kan ses på som en bottom-up prosess, der individer og grupper samens med ledere gjør endringer. I motsetning til top – down der ledere utformer endringer (Johannessen, 2011, s. 37) Spesielt strategisk ledelse, visjoner og ”oppskrifter” for å oppnå suksess i en organisasjon og hvordan en ser på ansatte. Stacey (2011) tror på ledelse gjennom direkte deltagelse der arbeid og beslutninger tas, snarere enn en toppleder som forsøker endre gjennom verdier, veiledere, målbilder og visjoner. En organisasjon utfra kompleksitet tenkning var ikke styrt av ledere, men agerer utfra det spontane som skjer mellom de som var tilstede (ansatte, pasienter, pårørende, andre) der og da. Endring skjer gjennom spontant oppståtte interaksjoner. Kunnskap, holdninger og løsninger i å drive en organisasjon oppstår mellom personer som står i situasjonen, og ikke av ledere. (Johannessen, 2011, Weick, 2007)

På punktet over var kompleksitet tenkningen og HRO noe sammenfallende på tankegangen om organisasjoner som komplekse og vanskelige, som ikke kan kontrolleres gjennom tradisjonell system tanke.

Stacey(2011) skriver om ideologi og helsevesen, hvordan man fra regjering gjennom topp-down generalisering og regulering forsøker innføre lover, regler, reguleringer eller føringen hvor ønsket var å påvirke lokalt. Disse føringene, ut fra en organisasjoner som system tankegang, bidrar til økt kompleksitet og ytterligere feil som igjen besvares med flere lover, regler eller føringer (Stacey, 2011, s. 382-384).

Staceys CRP(2011) ber oss gå vekk fra å tenke på organisasjoner som systemer. Stacey beskriver ikke CRP som en ”oppskrift” på hvordan en organisasjon kan organiseres for å være vellykket. På samme måte som HRO(2007) ser Stacey(2011) på at organisering og endring for å lykkes ligger i frontlinjen, slik beskrevet av HRO, eller i gruppen som håndterer den aktuelle problemstillingen eller oppgaven som skal løses. Kunnskapen og muligheten for endring ligger her, og i mindre grad hos toppledere (Weick, 2007, Stacey, 2011).

2.4 HRO og James Reasons

For å forklare hvordan en HRO bør bygges for å få en organisasjon som har et forsvar mot uønskede hendelser, bruker Weick James Reason. Reason (Weick, 2007) var professor i psykologi og forsker på menneskelige feil og hvordan bygge en organisasjoners sikkerhetskultur.

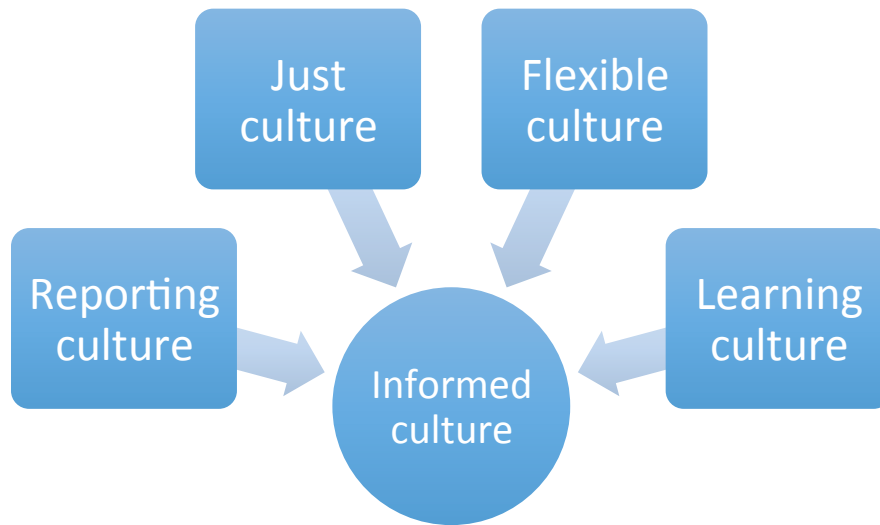
Reason (Weick, 2007) har utviklet en ”sjekkliste” for hvordan ledere kan tenke for å identifisere hvor feil kan oppstå;

1. Hvilke aktiviteter involverer mest menneskelig kontakt, og hvor vil det være størst sannsynlighet for at beslutningene som tas direkte påvirker systemet.
2. Hvilke aktiviteter vil gi størst negativ effekt på systemet hvis de ikke utføres korrekt.
3. Hvor ofte opptrer disse aktivitetene på dagsbasis i helse systemet.

(Weick, 2007, s. 48)

Reason(Weick, 2007) har videre beskrevet hvordan organisasjonen bør bygge en informasjonskultur, og hvordan denne bør fungere for å tidlig avdekke hendelser som slipper forbi organisasjonens forsvar. Informasjonskulturen baseres på troverdighet mellom ansatte og ledere og var derfor noe som var vanskelig å bygge og kan lett rives ned.

Informasjonskulturen (informed culture) var videre delt inn i fire subkulturer som skal sikre informasjonskulturen.



Figur 2 Informed culture

- **Reporting Culture** er hva som meldes når personell gjør feil eller oppdager nærhendelser.
- **Just culture** er hvordan personell fordeler skyld når noe går galt.
- **Flexible culture** er hvor villige personellet kan tilpasse seg raske endringer i forventinger, hastighet og intensitet.
- **Learning culture** beskriver hvor tilfredsstillende personellet omdanner informasjon til endring i rammeverk og handling.

Det er disse fire elementene som det Reason kaller ”informed Culture”

(Weick, 2007, s. 126)

2.5 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet ble for alvor satt på dagsorden etter den amerikanske rapporten ”*to err is human*” (2000) som estimerte at så mye som 98.000 amerikanere døde som følge av medisinske feil som kunne vært unngått (Kohn, Corrigan og Donaldson, 2000). I 2004 lanserte USA ”100K – Campaign” (Berwick et al., 2006) som skulle spare 100 000 menneskeliv på 18 måneder.

Helse Øst RHF tok i 2005 initiativ til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester for å se på de seks satsningsområdene fra 100K kampanjen også her i Norge (Kunnskapssenteret, 2007). Siden den gang har den nasjonale satsningen på pasientsikkerhet økt i fokus og omfang. Etablering av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet i 2011-2013 (videreført til 2018) og til nå tre stortingsmeldinger om pasientsikkerhet (Meld. St. 10, 2012, Meld. St. 11, 2013, Meld. St. 12, 2014) og NOU, Med åpne kort (NOU 2015:11, 2015) for å nevne noe om tiltakene og innsatsen som legges ned for å bedre pasientsikkerheten nasjonalt.

Pasientsikkerhetsprogrammet har tre overordnede målsetninger,

- redusere pasientskader
- bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

(Pasientsikkerhetsprogrammet)

Vi legger ved to definisjoner på pasientsikkerhet, fra norske kunnskapssenteret og europeiske WHO. ”*Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestenes ytelser eller mangel på ytelser*” Kunnskapssenteret definisjon av pasientsikkerhet (Kunnskapssenteret, 2016b)

”*The simplest definition of patient safety is the prevention of errors and adverse effects to patients associated with health care*” (WHO Europe, 2016b).

Et sentralt begrep innenfor pasientsikkerhet er uønskede hendelser. God pasientsikkerhet forstås direkte som et minimum eller fravær av uønskede hendelser.

2.6 Uønskede hendelser, pasienthendelser

Som beskrevet over henger uønskede hendelser og pasientsikkerhet sammen. Uønskede hendelser var en ikke ubetydelig utfordring i helsevesenet skriver Kalra (2013) i sin artikkel om medisinske feil og pasientsikkerhet i et globalt perspektiv. De uønskede hendelsene kan deles inn i to: dem man kan unngå og dem man ikke kan unngå. Dem man ikke kan unngå kan ha mange årsaker og ha ulik konsekvens. Dette kan være fra ingen konsekvenser for pasienten, til død (Kalra, Kalra og Baniak, 2013). *”En alvorlig hendelse er når pasienten dør eller blir påført betydelig skade under behandling og hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko”*(Statens Helsetilsyn, s. 6).

Kalra (2013) trekker frem Reason , og sier at helsevesenet må se mer til luftfarten. Selv om ikke disse to bransjene kunne sammenlignes, siden risikoen i helsesektoren har en annen oppbygning enn i luftfarten. I luftfarten kan man ha en nulltoleranse å la være å utføre en handling med risiko, mens i helse benyttes begrepet påregnelig risiko for å vise til at det tidvis er valg mellom alternativer som alle innehar nivåer av risiko som ville vært uakseptable i luftfart. Luftfarten har fått en forbedring i flysikkerheten gjennom de siste 40 årene. Dette har de oppnådd gjennom forbedringsarbeid, og vi kan dermed se til luftfarten for å lære av gjeldene sikkerhetsprogrammer og regelverk. Det kunne være vanskelig å skille mellom en uønsket hendelse eller som et resultat av pasienten sykdom. For eksempel kalkulert risiko i behandlingsøyemed, skriver Aase(2015). Noen uønskede hendelser kunne også oppstå på grunn av at utilgjengelig informasjon, manglende kunnskap eller behandlingsalternativer (Aase, 2015).

En bred beskrivelse for uønskede hendelser ble gitt av WHO. De beskrev at hvert ledd av pasientbehandling, fra system til miljø, hadde et potensiale for en uønsket hendelse;

”Adverse events may result from problems in practice, products, procedures or systems. Patient safety improvements demand a complex system-wide effort, involving a wide range of actions in performance improvement, environmental safety and risk management, including infection control, safe use of medicines, equipment safety, safe clinical practice and safe environment of care”(WHO Europe, 2016a).

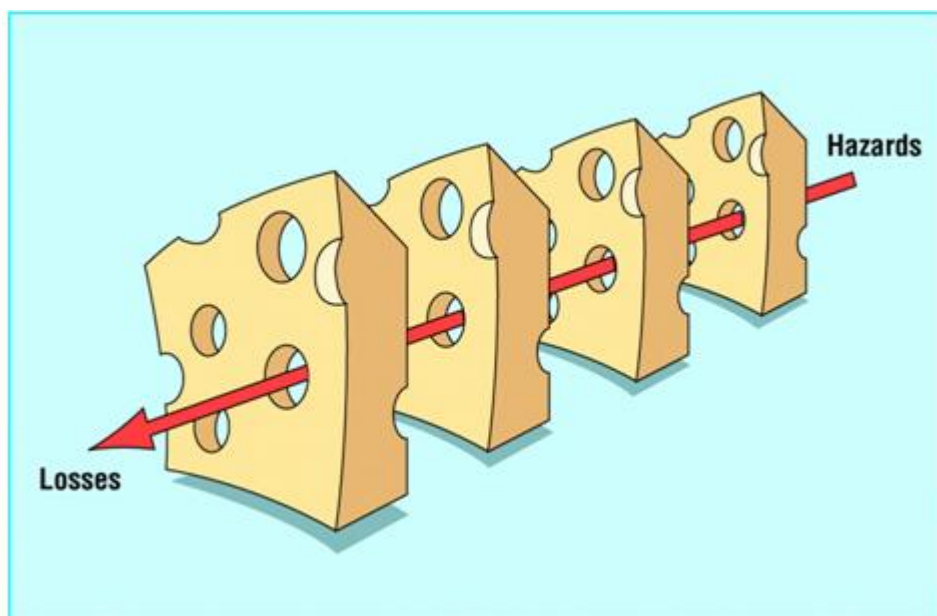
Reason(2000) mener at det er menneskelig å feile og derfor var uønskede hendelser uunngåelige hvis man ikke bygget system og organisatoriske barrierer der mennesker arbeidet. Han har beskrevet ”The Swiss Cheese model” der han forklarer at det er to grunner, og som regel i kombinasjon, som gjorde at ”hullene i osten” oppstår:

1. *Aktive feil, som er usikre handlemåter utført av personer som er i kontakt med pasienten eller systemet (uhell, feil, misforståelser, uklar kommunikasjon, brudd på prosedyrer etc.)*
2. *Latente forhold, som sammenlignes med patogener som oppstår fra designere, utbyggere, forfattere av prosedyrer etc. De kan slå ut i hendelser på to måter: enten i kombinasjon med andre forhold på arbeidsplassen (stress, lav bemanning, mangelfullt utstyr o.l) eller ved å skape langvarige hull eller svakheter i barrierene (upålitelige alarmer, ugjennomførlige prosedyrer, design- eller konstruksjonssvakheter)*

(Reason, 2000)

Det var kun sikkerhetskulturen som kunne påvirke ”osteskivene” og hullene i dem.

Ostesnivene kunne forstås som sikkerhetsbarrierer der hver barriere har sine svakheter. Dette har Reason illustrert ved bruk av denne figuren:



Figur 3 Swiss cheese model

(Reason, 2000)

2.7 Åpenhet

Åpenhet kunne oversettes til openness, transparency og disclosure. Åpenhet forstås i grove trekk som i hvilken grad helsepersonell og ledere i alle ledd legger til rette for samarbeid og ærlighet om tilstanden til helsevesenet, ovenfor pasienter, publikum og media.

Åpenhet og åpenhetskultur har mange definisjoner ut fra perspektivet det ses fra. Vårt perspektiv er åpenheten til å melde alvorlige hendelser og åpenhet om alvorlige hendelser til det offentlige. Forståelsen av åpenhet i helsevesenet forstås blant annet som

- Å vise evne og vilje til å samhandle med pasienter, pårørende, politikere og samfunn
- Pasientmedvirkning og medbestemmelse,
- Åpenhet om feil og pasientskader, kvalitetsarbeid og pasientsikkerhetsarbeid som gjøres.

Åpenhet sto sentralt og var en forutsetning for godt kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet i helsevesenet (Meld. St. 11, 2013).

Leape (Leape L, 2009) beskrev åpenhet (transparency) som det absolutt viktigste tilskuddet for trygghet (safety). De beskrev åpenhet ut fra fire sentrale dimensjoner.

- Helsepersonell må være helt åpne om alle feil og farer. Det må ikke være redsel for straff, også i form av pinlighet. Responsen på rapporter skal være ”hva skjedde?” ikke ”hvem feilet?”
- Helsepersonell må være mer åpen mot pasienter når feil oppstår. Helsepersonell og ledere må raskt informere, redegjøre og beklage hvis feil skjer. Dette handler om moral.
- Organisasjonene må være åpne om feil og farer, på lik linje med helsepersonellet. Ikke bare ut til publikum, men også mellom organisasjoner.
- Åpenhet og offentliggjøring av alvorlige hendelser.

(Leape L, 2009)

Coombs (2015) beskrev åpenhet (openness, disclosure, transparency) som ærlighet, vilje til å offentliggjøre informasjon og gjøre den lett tilgjengelig (Coombs, 2015, s. 134).

Internasjonalt var det juridiske spørsmål knyttet opp mot åpenhet. Helsevesenet og ansattes redsel for represalier eller søksmål som følge av å melde feil sto til hinder for pasientsikkerhet (Guillod, 2013, Kachalia, 2013, Kalra, Kalra og Baniak, 2013).

I stortingsmelding fra 2012 tok mann opp åpenhet som viktig for trygghet, læring, resultater. Åpenhet var i følge meldingen ”.. den enkelte ansattes rett til å ytre seg om forhold som oppleves som kritikkverdige” (Meld. St. 10, 2012, s. 8). Åpenhetskultur nevnes i Statens Helsetilsyns NOU Med åpne kort(2015). Begrepet åpenhet og åpenhetskultur har ikke en ens begrepsavklaring.

Dette ble tydeliggjort fra pårørende at helsevesenet måtte være mer åpen om sine alvorlige hendelser. ”*Krav om større åpenhet og ansvarlighet i helse- og omsorgstjenesten ved alvorlige hendelser og om mer læring og endring av praksis for å forbedre pasientsikkerhet..*”(NOU 2015:11)

Aase et.al (2010) tok opp åpenhet i sin bok Pasientsikkerhet i ett internasjonalt perspektiv, der belyses åpenhet som i helsepersonellens møte direkte med pasienter og eller pårørende i forbindelse med feil eller skade. Åpenheten tolkes også i et juridisk synspunkt, hvor en ønsket forhindre erstatningskrav i forbindelse med dokumentasjon av uønskede hendelser.

Nordlandssykehuset offentliggjorde som andre sykehus i Norge sin første anonymiserte pasienthendelse på sin hjemmeside 12.10.11. På sin nettsiden for meldingene sto det om åpenhet:

”Nordlandssykehuset ønsker åpenhet om uønskede pasienthendelser. Vi mener åpenhet er viktig for å lære av feil og hindre at uønskede hendelser skjer igjen. Vi publiserer derfor anonymiserte versjoner av meldinger vi sender til Kunnskapssenteret.”

(Nordlandssykehuset HF)

På Oslo Universitetssykehus tilsvarende sider om uønskede hendelser sto:

” I sykehusets avvikssystem føres statistikk over feil som begås. Hensikten er først og fremst å bedre pasientsikkerheten. Det er først når vi har en god og systematisk oversikt over årsakene til feil og uønskede hendelser, at vi kan forbedre praksis slik at ikke pasienter skades”

(Oslo Universitets Sykehus)

Nordlandssykehuset HF har siden nytt styre etter ”kreftkirurgisaken” hatt stort fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. I 2010 ble ”kampanjegruppen for pasientsikkerhet og kvalitet” etablert som skulle avdekke uønskede hendelser ved gjennomgang av journaler. Direktør og medisinsk direktør startet opp med pasientsikkerhetsvisitter på avdelinger som ett ledd i satsningen (Nordlandssykehuset HF, 2011a, nordlandssykehuset HF, 2011e). I 2011 inntok sykehuset en mer åpen holdning ved å publiserte anonymiserte alvorlige pasienthendelser (§3-3) på sine nettsider som det andre sykehuset i Norge. Styret deltok på kurs i ledelse av pasientsikkerhetsarbeid for å øke styrets forståelse og rolle i arbeidet (styresak 58/2011). I 2012 ba styret ledelsen ha høyt ambisjonsnivå på pasientsikkerhet. (Nordlandssykehuset HF, 2012b, nordlandssykehuset HF, 2011d). 2014 fikk medisinsk direktør åpenhetsprisen for sitt arbeid med systematisk åpenhetsarbeid (Kommunikasjonsforeningen, 2014)

Samme år som åpenhetsprisen deltok sykehuset på den nasjonale pasientsikkerhetskulturundersøkelsen (PSKU). Spørreskjemaet var et samarbeid med hvert Helse Foretak og pasientsikkerhetsprogrammet i trygge hender 24-4. Undersøkelsen hadde som mål å finne ut:

- I hvor stor grad behandlingseenhetene prioriterer pasientsikkerhetsarbeid
 - I hvilken grad tiltakene som er gjennomført etter 2012 har hatt effekt
 - Hvor vi fortsatt har en jobb å gjøre
- (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014)

Nordlandssykehuset gjennomgikk resultatene fra PSKU i styresak 95/2014. I tabellen ses de tre utsagnene med lavest skår blant medarbeiderne i sykehuset (gjennomsnittsskår 0- 100, 0= Svært uenig og 100 = Svært enig) Resultatene er presentert som en gjennomsnittsskår for hvert utsagn). (Nordlandssykehuset HF, 2014a) Til sammenligning har vi tallene for hele Helse Nord (Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge og Finnmarkssykehuset):

	<i>Nordlandssykehuset HF</i>	<i>Helse Nord</i>
<i>”Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten”</i>	57,6	53,0
<i>”Det er vanskelig å diskutere feil her”</i>	65,7	64,0
<i>”Jeg får passende tilbakemeldinger om arbeidet mitt (korrekt, tilstrekkelig og fra rett person”</i>	68,5	66,1

Figur 4 Pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen PSKU

(Nordlandssykehuset HF, 2014a, Helse-Nord, 2015)

Ett år tidligere, i 2013 deltok Norge som ett av 12 land i The Commonwealth Funds helsesystemundersøkelse. I denne undersøkelsen skåret Norge dårligere en gjennomsnittet på åpenhet om feilmedisinering eller feilbehandling (Meld. St. 11, 2013, s. 13).

Resultatene fra PSKU og Commonwealth undersøkelsen viste at til tross for stort fokus og innsats fra styret og ledelsen ved Nordlandssykehuset har de så langt ikke lyktes skape økt åpenhetskultur i den grad styret og ledelsen ønsket oppnå. Analyse av 21 forskningsartikler

fra 2011 (Morello, 2011) konkluderer med liten sannsynlighet for at pasientsikkerhetsstrategier har påvirkning på pasientsikkerheten.

2.8 Meldekultur

Weick (2007) beskrev viktigheten av å melde for å kunne bygge en god informasjonskultur, noe som er beskrevet tidligere. Å melde skal gjøre organisasjonen i stand til å avdekke svikt og feil som har sluppet forbi sikkerhetsbarrierene som kan være brutt (Weick, 2007). Å melde sto også som en grunnstein i spesialisthelsetjenesteloven. Loven beskrev plikter helsepersonellet har knyttet til melding og to plikter står sentralt:

”Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3: plikt til å melde til Kunnskapscenteret om uønskede hendelser ved ytelse av helsetjenesten som har gitt betydelig personskade eller når en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.”

”Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a: plikt til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser som skjer i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.” (Statens Helsetilsyn, s. 34)

Weick (2007) så som nevnt tidligere til James Reasons informasjonskultur for å styrke sikkerheten i en HRO. Informasjonskulturen som ble delt inn i fire underkulturer, rapportering (reporting), rettferdighet (just), fleksibilitet (flexible) og læring (learning). Rapportering var den første underkulturen og beskrev viktigheten av en kultur der de som meldte ble beskyttet, rapportering gikk også litt inn i rettferdighetskulturen.

”A culture of safety crucially requires the creation of an open, free, non-punitive environment in which healthcare professionals can feel safe to report adverse events and near misses” (Weick, 2007, s. 131)

Safety culture var en kultur basert på kunnskap om tidligere hendelser som måtte struktureres for at personell var villige til å diskutere sine egne feil. (Weick, s. 129)

Rettferdighets kulturen var også et element i informasjonskulturen, en organisasjon var definert ut fra hvordan den håndterte skyld og sanksjon, og at rettferdigheten igjen kunne påvirke hva som blir rapportert av de ansatte. (Weick, s. 131) Weicks Audit 5.6 sensitivity to

operations (Weick, 2007, s. 97) og Audit 5.9 The Mindfulness Organizing scale(Weick, 2007, s. 103) kartlegger en organisasjonens evne til å diskutere hvor feil kan oppstå, være var på feil, melde og være åpen om uønskede hendelser og feil.

En meldekultur lik beskrevet i HRO fordrer at alle ledd fra ansatte til toppleder var fordomsfrie og at maktkamp, konflikter, misforståelser og at ingen kunne straffes for noe, uansett hva som skjedde.

Vi hadde vansker for å tro det var mulig å oppnå en slik meldekultur, der alt blir meldt, alltid. I store bedrifter med ulike profesjoner, ulike interne kulturer, hierarki, fokus på kvalitet, kamp om økonomi mellom avdelinger og krav til effektivitet.

I en undersøkelse av Paulsen og Brattebø (2006) tolkes det at skulle man lære av sine feil, måtte helsearbeidere melde ifra, de måtte vite hvorfor det skulle meldes og de måtte føle trygghet og positivitet med å rapportere.(Paulsen P.M.E., 2006)

Tidligere undersøkelse gjort av Sari (2007), viste at et rapporteringssystem ikke alene vil fange opp alle uønskede hendelser. Undersøkelsen viste at kun 16% blir rapportert i avvikssystemet. Rapporten viste at det var store mørketall for rapportering, og at avvikssystemet var dårlig til å identifisere pasientskader. Å gjøre rutinemessige og strukturerte søk i journalnotater foreslås som et tiltak (Sari et al., 2007)

En artikkel fra tidsskriftet fra 2007 konkluderte med at rapporteringskulturen i Norge i stor grad varierte mellom ulike faggrupper og Norsk sikkerhetskultur blant helsearbeidere kom dårligere ut en tilsvarende Amerikansk referansedata (Olsen, 2007).

Howell(2015) konkluderer med at *”Different healthcare professionals focus on different types of safety incidents and focusing on these areas whilst creating a responsive, confidential learning environment will increase staff engagement with error disclosure”*.(Howell, 2015)

2.9 Meldesystem

Helse og omsorgstjenester var pålagt å ha et internkontrollsystem (Stortinget, 2016) Helse Nord startet med elektronisk melde ordning ved Nordlandssykehuset i 2009, senere resten av Helse Nord. Nordlandssykehuset vedtok i ledergruppen August 2010 å ta i bruk elektronisk kvalitets verktøy: *”For å styrke pasientsikkerhet og kvalitets arbeidet i Nordlandssykehuset skal Docmap tas fullt ut i bruk i alle klinikker til dokumentasjon av rutiner, prosedyrer og avvik oppfølging”* (Nordlandssykehuset HF, 2010)

Det ble i styresak 42/10 (Nordlandssykehuset HF, 2010) 16.sep 2010 vedtatt å implementere Docmap fullt ut som kvalitetssystem ved NLSH. Kvalitetssystemet inneholdt to deler. En del for melding av avvik og en del for styrende dokumenter og prosedyrer. Meldesystemet var et elektronisk rapporteringssystem der det ble rapportert inn hendelser som hadde skjedd eller som kunne ha skjedd. Meldesystemet håndterte hendelsens saksgang fra melder til hendelsen ble lukket. Når meldesystemet ble digitalisert, kunne ledere i linje fra melder opp til sykehusledelse og andre innen sykehuset som jobber med kvalitetsarbeid, få tilgang til å lese meldingene som ble levert. Fra 25. juni 2011 ble alle avvik levert digitalt via Docmap.

I styremøte sak 71/12 evalueres antall meldinger i Docmap. *”Det totale antallet meldte hendelser er økende. Dette er en ønsket utvikling, da vi antar at vi har hatt en underrapportering av hendelser.”* (Nordlandssykehuset HF, 2012a) Nasjonalt sett ses det også at innføringen av elektronisk meldesystem har ført til økt antall meldinger levert (Aase, 2015, s. 99)

Første Juli 2012 etableres ny melding ordning hvor pasienthendelser rapporteres anonymisert til kunnskapssenteret. Målet med endringen var å behandle avvik anonymt for å hindre sanksjonsmuligheter mot enkeltpersoner.

WHO hadde utarbeidet ni kriterier for hvordan et rapporteringssystem for uønskede hendelser skulle fungere best mulig:

1. *klare målsetninger*
2. *klarhet om hvem som skal rapportere*
3. *klarhet om hva som skal rapporteres*
4. *mekanismer for å motta rapporter og behandle data.*
5. *Kompetanse for analyse av hendelser.*
6. *Kapasitet for tilbakemelding og forståelse av rapporterte hendelser.*
7. *Metode for klassifisering og forståelse av rapporterte hendelser*

8. *Kapasitet for spredning av resultater*
9. *Teknisk infrastruktur og datasikkerhet.*

(Karina Aase, 2015, s. 104)

I styresak 83/2013 ble det bemerket at antallet avvik som ikke var lukket var for høyt, og ble forklart med et presset mellomledernivået hadde på grunn av implementering av prosjekter.

2.10 Læringskultur

Hvordan kunne organisasjoner lære av sine feil og forhindre at samme feil oppsto på nytt? Og hvordan kunne organisasjoner lære av hverandre? Vi ville i vår oppgave se på læring ut fra et organisasjonsnivå.

HRO ble bygget som nevnt tidligere på James Reasons (Weick, 2007) fire subkulturer i en informasjonskultur der læring var den ene subkulturen. Læringskultur kunne oppnås gjennom tilgang på informasjon fra kunnskapsrike personer samt kontinuerlig debatt om feil og svakheter og hvordan disse kunne håndteres. Organisasjonen lærte gjennom adoptering til ”best practices” gjennom å se ”best practices” bli utført. Åpenhet sto blant annet sentralt for læring i følge Weick (Weick, 2007, s. 135)

CRP så på definisjonen lærende organisasjon på nesten samme måte som strategisk ledelse. Begge tar utgangspunkt i en organisasjon som noe konkret som ikke kunne kontrolleres (Stacey, 2011, s. 120).

Stacey så til Wenger (Stacey, 2011) som beskrev læring som en aktivitet mellom mennesker som var gjensidig avhengige (Stacey, 2011, s. 120). Wenger så på læring som en sosial aktivitet i samfunnet, og at man så på organisasjoner som lærende samfunn. Et samfunn som formet seg selv, laget strategier og lærte. Ut fra dette måtte man delta for å lære, og man kunne ikke stå utenfor å tilføre kunnskap. Praktisering sto også sentralt gjennom tre dimensjoner; gjensidig engasjement, gjensidig påvirkning i virksomheter og delt repertoar (rutiner, ”hvordan man gjør ting her”, historier m.m)(Stacey, 2011, s. 217).

I en undersøkelse gjort av sykepleierforbundet fant de at litt over halvparten av respondentene (sykepleiere i spesialist og kommunehelsetjenesten) ikke hadde noen eksempler på at å melde førte til noen bedring (Hofstad, 2015).

2.11 Kulturendring

I Weicks(2007) teori om HRO ble det beskrevet hvordan man kunne endre en kultur. Weick så til Edgar Scheins som skrev at man ikke kunne starte med en intensjon om å endre en kultur. *“Never start with the idea of changing culture. Always start with the issue the organization faces: only when those business issues are clear should you ask yourself whether the culture aids or hinders resolving the issues”*(Weick, 2007, s. 120)

Å endre kultur innebærer å endre mange kulturer, dette var noe av årsaken til at en kulturendring var vanskelig(Weick, 2007). Fragmenterte endringer skyldes oftere å være hendelsesspesifikk snarere en knyttet til en enhet eller til en organisasjon. For å endre en kultur måtte alle håndteres og endres. Kulturendring i følge Schein, kunne skje gjennom to tilnærminger. Gjennom symboler og gjennom handling som ble til verdier.

- Endring gjennom symboler; for å binde sammen og til stadig påminning om verdier. Eksemplet brukt av Weick er en klokke som symbol på team-work der alle delene er like viktige for at klokken skal fungere.
- Endring gjennom handling til nye verdier. Gjennom å ta et frivillig standpunkt, eller utføre en handling frivillig med tilskuere tilstede, vil man begynne å endre hvordan man tenker da det er lettere en å gå tilbake på de standpunkt eller handlinger som man føler seg ”ansvarlig for”.

(Weick, 2007)

2.12 Åpenhet og pasientsikkerhet

I USA viste forskning fra 2007 at etter at det ble startet med å samle nasjonale rapporteringsdata økte antallet meldinger om uønskede hendelser. Hvilken påvirkning den økte mengden meldinger påvirker pasientsikkerheten var svært usikkert. Det ble beskrevet et behov for å forske mer på feltet (Hutchinson A, 2007, Vincent, 2007, Fung et al., 2008) Pettersen (2015) beskrev at det nasjonalt og internasjonalt jobbes med en kulturendring for å få mer åpenhet om feil og uønskede hendelser i helsevesenet, og at åpenhet var det eneste riktige forebyggende tiltaket.

2.13 Meldekultur og pasientsikkerhet

I boka pasientsikkerhet av Aase (2015) så Cappelen til forskning på sammenhengen mellom pasientsikkerhetskultur og antall uønskede hendelser i sykehus. (Cappelen, 2015, s. 89) Om det var sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og meldekultur sto som ett av de viktige målene med oppgaven vår. Det vi kunne finne av litteratur gav en indikasjon på at det lå mye mer mellom meldekultur og pasientsikkerhetskultur som det kan forskes på, og vi ikke kunne konkludere med noe korrelasjon mellom dem. Meldekulturen var bare en av faktorene som kunne påvirke pasientsikkerhetskulturen. Vincent (2007) mente i artikkel at meldekulturen var overvurdert i forholdt til pasientsikkerhet; *"In health care we are learning slowly and painfully that safety is a tough intractable problem that will take much more than reporting to resolve."* (Vincent, 2007) Tilsvarende konklusjon ble trukket av Howell et.al. (2015). Antallet meldinger kunne ikke si noe om "hospital safety" (Howell, 2015). En forklaring på hvorfor man ikke alene kunne se på direkte sammenheng mellom meldekultur og pasientsikkerhet var resultatene funnet av Kaldjian (2008) om rapportering for å bedre pasientsikkerhet blant leger. Kaldjian(2008) undersøkte teaching hospitals (universitetssykehus) og fant at flertallet i undersøkelsen mente at å melde pasienthendelser hadde innvirkning på pasientsikkerheten til framtidige pasienter, men bare er et mindretall hadde faktisk melder feil. De fant også at bare halvparten (55%) av de spurte viste hvordan de skulle melde avvik, og rett under halvparten (39%) viste hvilke avvik som skulle meldes(Kaldjian, 2008).

Howell (2015) finner at det i ulike yrkesgrupper innen helsevesenet var ulik kultur for hva som ble meldt, noe som bygger opp for at meldekultur og pasientsikkerhetskultur ikke kan ses direkte korrelert. Ytterligere faktorer som påvirket meldekultur i et sykehus var hvordan organisasjonen håndterer det som meldes. Av funn så fant Howell (2015) en positiv sammenheng mellom flere meldte avvik og færre anklager mot sykehuset, og med økt bemanning synker antall hendelser med pasientskader selv om antallet nesten hendelser forble uforandret.(Howell, 2015) Blant de ansatte fant de at åpenhet og redusert mulighet for sanksjoner økte antallet meldinger av uønskede hendelser (Howell, 2015).

2.14 Sammenheng mellom meldekultur og pasientsikkerhetskultur

Om det var sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og meldekultur står som ett av de viktigste tema å belyse i vår oppgave. Det vi kunne finne av litteratur gav en indikasjon på at det ligger mye mer mellom meldekultur og pasientsikkerhetskultur som det kan forskes på, og vi kunne ikke konkludere med noe signifikant sammenheng mellom dem. Meldekulturen var bare en av faktorene som kunne påvirke pasientsikkerhetskulturen. Vincent(2007) mener sin artikkel at meldekulturen var overvurdert i forholdt til pasientsikkerhet. *”In health care we are learning slowly and painfully that safety is a tough intractable problem that will take much more than reporting to resolve.”(Vincent, 2007)*

I en artikkelstudie om organisasjonskultur og pasientsikkerhet (Colla et al., 2005) ble konklusjonen at det var viktigere å lete etter sammenhenger mellom pasientsikkerhetsklimaets fem dimisjoner (lederskap, prosedyrer, bemanning, kommunikasjon og rapportering) og hvordan det går med pasientene. Funnene fra Collas(2005) review ble underbygget i en senere review artikkel av Morello (2011) som heller ikke fant holdepunkter for at forsøk på å forbedre pasientsikkerhetskultur gav resultater. Pasientsikkerhetskulturen forstås i denne artikkelen som lederskap, ansvarlighet, kommunikasjon, teamarbeid, identifisering av risikosoner, rapportering om nær hendelser og pålitelighet(Morello, 2011).

En undersøkelse av Kaldjian(2008) blant leger fant at flertallet leger i undersøkelsen (84%) mener å melde har påvirkning på pasientsikkerheten til framtidige pasienter, men det bare er et mindretall som faktisk melder feil. (Kaldjian, 2008) Undersøkelsen beskrev et misforhold mellom tilliten til pasientsikkerheten, rapporteringssystemene og hvilken pasientsikkerhet den i praksis vil gi. På den måten understøttet Kaldijans undersøkelse Vincents.

En artikkel fra 2015 av Howell et.al.(2015) konkludere med at man ikke ut fra antallet meldinger kunne si noe om ”hospital safety” (Howell, 2015). De fant ingen sammenheng mellom meldekultur og pasientenes tilfredshet eller dødelighet. De fant også at å holde avviksmeldinger anonyme, holde de ansatte informert om hendelser og gi tilbakemeldinger på sikkerhetstiltak var med på å øke antallet meldinger som ble levert. Av funn så fant de en positiv sammenheng mellom flere meldte avvik og færre anklager mot sykehuset, og med økt bemanning sank antall hendelser med pasientskader selv om antallet nesten hendelser forble uforandret. Undersøkelser blant de ansatte viste også at åpenhet og redusert redsel for straff som respons på å levere avvik, økte antall meldinger om uønskede hendelser. De tok også opp at ulike yrkesgrupper innen helsevesenet hadde ulik kultur for hva som ble meldt, ut fra dette kunne en lure på om det også var ulik oppfattelse av pasientsikkerhet. (Howell, 2015)

3 Metode

Problemstillingen er besvart gjennom dybdeintervju og litteratur på området. Vi presenterer dette med gjennomgang av empiri i kapittel 4, før vi i kapittel 5 drøfter våre egne funn opp mot teori. I dette kapittelet tar vi for oss hvordan vi ved bruk av design og metode innhentet de nødvendige opplysninger for å belyse problemstillingen.

3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode ble brukt for å undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer. Virkeligheten ble sett på som kompleks, i stadig forandring og ble påvirket av dem som er involvert i forskningsprosessen. En viktig forutsetning ved kvalitativ metode var at forskeren var utelukkende ute etter respondentenes oppfatning av virkeligheten, og man valgte kvalitativ forskningsmetoden når man ønsket å få økt kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Det man ønsket er å få en økt forståelse for problemstillingen man undersøkte (Nilssen, 2012).

En utfordring med kvalitativ metode var at man som forsker kunne påvirke respondentene. Dette fordi man kom nær respondentene, og dermed kunne påvirke med sine holdninger og måter man stilte spørsmålene på (Nilssen, 2012). Det var derfor viktig at vi var lojale mot respondentens egen versjon i vår videre forskning, slik at vi fikk frem deres beskrivelser, oppfatninger og virkelighetsforståelse av det vi undersøkte (Nilssen, 2012). Målet for kvalitativ metode var å gi økt kunnskap om det man forsket på. Dette arbeidet krever mye arbeide med innhenting av data i form av intensiv tankearbeid og sensitivitet for å belyse hva dataene kunne bidra med (Tjora, 2012).

3.2 Induktiv datasamling

Induktiv datasamling tar utgangspunkt i at vi ønsket å undersøke fenomener med et åpent sinn. Man tok utgangspunkt i en gjennomført datainnsamling, for så å sette dette sammen med teorien. Disse to sammen gir grunnlag for å komme frem til en teori om hvorfor et fenomen var blitt slik det har blitt. Den trengte ikke sikte mot teoriutvikling, men å få ny kunnskap på områder der det fantes lite kunnskaper fra før (Jacobsen, 2010). Vi ønsket å gå i dybden på det man forsket på med detaljer og mange nyanser, og vi kunne ha nærhet til enhetene som

undersøkes, samtidig som man ønsket en åpen tilnærming og man studerte relativt få enheter (Jacobsen, 2010).



Figur 5 Induktive og Deduktive studier

Hentet fra Kunnskapssenteret <http://kunnskapssenteret.com/induktiv-deduktiv/>

(Kunnskapssenteret, 2016a)

3.3 Forske innenfor egen organisasjon

Det var både fordeler og ulemper med å forske innenfor egen organisasjon. Noen av fordelene var at man hadde lett tilgang til informasjon gjennom folk man kjente, og man visste hvor man skulle henvende seg for å innhente informasjon. I mange tilfeller kunne en som jobbet på innsiden møte større åpenhet og tillit enn en som kommer utenfra. Vi hadde også kjennskap til de uformelle strukturene i organisasjonen og hvilket språk som blir benyttet. Samtidig som vi også hadde en kjennskap til organisasjonens historie, på denne måten kunne hendelser og fortellinger settes i et historisk perspektiv. Alt i alt vil dette si at en insider får lettere tilgang til informasjonen som var relevant (Jacobsen s 22). Siden vi begge arbeidet i organisasjonen gav dette oss et fortrinn i forhold til muligheten for å innhente informasjon og få kontakt med de rette personene.

Ulempene var at vi som forskere kunne bli for involvert i studiet, og dermed ikke klarte å være kritisk, og holde nok avstand til det vi studerte. Vi kunne ha sterke meninger om det som vi forsket på og kunne da ta en part i saken. Andre kunne i tillegg oppfatte oss som en part i saken, uten at man var på det. Utfordringen kunne også være at enkelte oppfattet det slik at vi

utførte et oppdrag fra ledelsen eller en annen gruppe i organisasjonen. På bakgrunn av dette kunne vi bli møtt med mistenksomhet. Siden vi tok for oss et tema som for enkelte kunne oppfattes som sensitivt, var vi oppmerksom på at noen kunne få en viss mistenksomhet ovenfor oss. Dette hadde vi også sett fra enkelte deler av organisasjonen. Men i hovedsak har vi blitt møtt med åpne armer og positivitet. En annen utfordring med at vi kjente til organisasjonen var at man oppsøkte bare de uformelle strukturene, og kunne dermed miste verdifull informasjon fra andre deler som man ikke hadde like stor kjennskap til (Jacobsen s 23).

3.4 Design

3.4.1 Etnometodologi

Etnometodologi var en retning innenfor forskning, utviklet av Harold Garfinkel (Patton, 2015). Den handlet i hovedsak om hvordan metoder mennesker bruker for å forstå verden, hvordan individer så på de enkelte rutinene og brukte dem inn i det daglige liv. Verden ble sett på som mulig kaotisk, og som mennesker prøvde å få kontroll på ved å skape og gjenskape vår egen virkelighet. Innenfor denne forskningsmetoden var man opptatt av å se på hvordan mennesker organiserer seg, og handlet i hverdagen, uten at man som forskere hadde en hypotese eller en antagelse i forkant av undersøkelsen (Patton, 2015).

Man spør ikke om hvorfor noe skjedde, men hvordan. Den viser hvordan personer får ting gjort, ikke hvorfor de gjorde som de gjorde. Ved å se på hvordan isteden for hvorfor, får man et innblikk i hvordan personer forholdt seg til avviksmeldinger og håndteringen av dem, og ikke teoriene som lå bak bruken av avviksmeldinger. Hvordan avviksmeldinger ble skrevet, tolket og behandlet i de forskjellige nivåene i organisasjonen var vesentlig for denne oppgaven, og da spesielt med tanke på intervjuene som ble gjennomført (Patton 2015, s 132).

Åpenhet var det nye elementet som kom inn i organisasjonen, og vi ønsket derfor å se på om dette hadde en direkte påvirkning på meldekulturen og eventuelt hvordan meldingen påvirket pasienttilbudet og-behandlingen. Dermed så vi på den handlingen som respondentene anga at de hadde og om de mente åpenheten hadde en direkte påvirkning på pasienttilbudet og behandlingen. Ved å bruke etnometodologien kunne vi prøve å finne forklaringer på hvorfor virkeligheten var som den var.

Det var to sentrale begreper i etnometodologien, og disse var indeksikalitet og refleksivitet. Indeksikalitet handlet om meningsbærende handlinger som kunne ha ulike betydninger ut fra ulike ting, noe som var uavhengig av konteksten. Dette viser at relasjonen mellom uttrykk og tegn ikke kunne defineres uavhengig av kontekst. Hvordan respondentene opplevde meldekultur, pasientbehandling/tilbud i det daglige var viktigere enn hvordan den ble beskrevet av det vitenskapelige (Isaksen, 2010).

Refleksiviteten belyser spennet som er mellom forskeren og formålet med undersøkelsen. I etnometodologien er ikke dette noe statisk, men viser en prosess som skjer mellom forskeren og respondentene, og at begge partene påvirker hverandre gjennom forskningsprosessen. Det som er sentralt er konstruktur og rekonstruktur av meninger. Her er det viktig at man ikke møter med en detaljert intervjuguide, men en åpen som kan føre intervjuet dit det er naturlig, og hvis man da klarer å ha en refleksiv holdning til intervjuet, er det større grunn til å tro at det som kommer frem under intervjuet har større verdi (Isaksen, 2010). Dette er i samsvar med hva vi hadde som intensjon med intervjuguiden. Vi ønsket et åpent intervju som gav oss muligheten til å spinne videre på temaer som opptok respondenten og var som belyste vår oppgave.

3.4.2 Eksplorerende design

Denne type design er ofte aktuelt ved de fleste kvalitative forskningsprosjektene. Etter hvert som ny innsikt vinnes gjør man veivalg ut fra dette. Problemstillingen og utvalgsriterier kan endres underveis i prosjektet, og etter hvert som man innhenter ny kunnskap. Dette fordi den nye kunnskapen kan gi nye relevant kunnskap (Etikkom, 2010).

Hvis man ser på dette fra en naturvitenskapelig vinkel kan dette påvirke forskningens validitet og reliabilitet, men fra en annen vinkling kan dette sees på som et fortrinn ved ulike kvalitative tilnærminger. Det at man ikke har all kunnskap i begynnelsen av forskningen og har muligheten til å ta veivalg underveis, ansees som en fordel innenfor kvalitativ forskning. Dette kan åpne for ny og uventet kunnskap. Som igjen kan danne grunnlaget for nye problemstillinger (Etikkom, 2010)

3.5 *Hvordan utarbeidet vi intervjuene:*

Da vi hadde funnet hva vi ønsket å undersøke og laget en problemstilling som kunne belyse dette, var spørsmålet om hvordan vi kunne undersøke best mulig for å få besvart problemstillingen. Her diskuterte vi både muligheten for å kombinere eksisterende data, sekundærdata, med vår egen undersøkelse. Men vi valgte å konsentrere oss om vår egen innsamling av data, primærundersøkelse (Jacobsen s 107), og i tillegg valgte vi å kun bruke offentlig tilgjengelige data.

Videre diskuterte vi om vi ønsket å undersøke i bredden ved å ha flere i samme yrkesgruppe fordelt over to klinikker, eller om vi ønsket å se fra sykepleier og videre opp til administrativ ledelse i organisasjonen. Hvem det var viktig å få meningene fra og hvordan vi kunne få best mulig data for å besvare problemstillingen. Vi ble enige om at vi ønsket å undersøke fra sykepleier og lege, opp til administrativt nivå i to klinikker og ved sykehuset. Vi hadde begge en tro på at åpenheten rundt uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten §3.3 og § 3.3 a ville påvirke om melderne ønsket å melde avvik av denne art. Derfor ønsket vi å konsentrere oss om dette i intervjuguiden vår. I tillegg ønsket vi å se på om respondentene fra forskjellige nivåer i organisasjonen mente at avvikene som ble meldt førte til endringer i pasientbehandlingen og eller pasientsikkerheten.

I vår intervjuguide la vi vekt på følgende elementer: åpenhetskulturen, meldekulturen, endring i pasientbehandlingen og til pasientsikkerheten. Intervjuguiden var bygd opp ut fra de tre hovedbolkene der vi begynte med storting/regjeringens valg i strategi til å gå inn på hvilken strategi vår organisasjon hadde valg. Videre var det viktig for oss å høre om åpenhetskulturen hadde hatt noen innvirkning på meldekulturen, eller om det var andre elementer som påvirket den. Vi ønsket et åpen intervjuguide der vi kunne gå videre på elementer som den enkelte respondent var spesielt interessert i, samtidig som vi skulle prøve å få svar på hovedelementene i intervjuguiden . Et viktig element i å ha en intervjuguide er å få besvart problemstillingen. At den derfor blir litt spesifikt kan ha uheldig innvirkning på respondenten med at han føler seg låst til det vi spør om. Vi fokuserte på å prøve og lage en intervjuguide som ikke gjorde at respondentene vegret seg for å svare på enkelte spørsmål. Dette spesielt med tanke på at dem som melder avvik kan føle seg utsatt for å svare på enkelte spørsmål (Tjora, 2012).

3.6 Valg av respondenter

Vi har begge vært ansatt i bedriften i en årrekke, og vi kjenner bedriften og mange av de ansatte. Vi ønsket et utvalg som kunne gi en god beskrivelse på hvordan ansatte i forskjellige nivåer i organisasjonen hadde på åpenhetskulturen som hadde vokst frem, og videre om denne hadde hatt en påvirkning på meldekulturen og ikke minst pasientbehandlingen og –tilbudet. Vi hadde over en tid pratet om prosjektet vårt og hva vi har ønsket å forske på i forbindelse med vår masteroppgave. Når vi hadde gjort et utvalg hadde vi utelukkende ønsket respondenter som kunne reflektere over vår problemstilling i best mulig grad. Som Patton (Patton, 2015) har beskrevet i forhold til etnometodologien med ”key informants”. Vi valgte respondenter som andre har snakket om, men også dem vi har snakket med og som er gode meningsbærere for vårt tema. Respondentene var ikke valgt på bakgrunn av meldte avvik eller at de har utelatt å melde, da dette i våre øyne har liten relevans og vi har ingen oversikt over dette. Hoveddelen av respondentene var basert på samtaler om løst og fast over tid, der de har bidratt i ulike retninger med sin kompetanse, interesse eller engasjement til tematikken. Ut fra dette kan vi si at vårt utvalg har vært strategisk for å få belyse temaet på en best mulig måte. Vi hadde på denne måten valgt et velinformert utvalg av respondenter som kunne karakteriseres som et ekspertpanel (Patton, 2015).

3.7 Gjennomføringen av dybdeintervju

Da vi skulle starte med dybdeintervjuene hadde vi en forberedelse i hvordan vi ønsket å dele intervjuguiden mellom oss, og hvordan fokus skulle være. Vi var klar over at enkelte kunne føle at vi stilte sensitive spørsmål som kunne i verste fall føre tilbake til dem (Tjora, 2012). Vi la derfor vekt på dette i informasjonen før vi startet intervjuet, noe som ble gjort ved at vi informerte om anonymiteten og av vi ikke ønsket at de nevnte navn på andre ansatte eller enheter/avdelinger/klinikker i organisasjonen.

I hovedsak ønsket vi å intervju respondentene på nøytral grunn. Men enkelte ønsket å gjøre det der det var mest hensiktsmessig for seg selv siden de eksempelvis hadde vakt eller var imellom møter. Dette kan ha en påvirkning på oss som intervjuere siden vi kommer inn på et område som er deres. Men for respondentene er kanskje dette er fordel siden de er på et sted

der de føler seg komfortabel. Vi hadde lagt opp til et intervju på cirka 1 time, slik at vi da også fikk muligheten for å følge opp elementer som respondentene kom med under intervjuet.

Vi hadde planlagt å gjennomføre alle 8 intervjuene sammen, men på grunn av sykdom ble det ett intervju kun gjennomført av en av oss da avtalen var allerede gjort. Vi avtalte med hver enkelt respondent om tid og sted. Dette for at vi skulle ha minst mulig tidsbegrensning på oss, og minst mulig forstyrrelser under intervjuene.

Vi hadde fordelt intervjuguiden mellom oss, på denne måten var vi begge involvert i intervjuene. Alle intervjuene ble startet med informasjon om anonymitet, at de når som helst kunne trekke seg, kontaktinformasjon til oss og at vi ønsket at det ikke ble navn på personer eller organisasjonen. Videre prøvde vi å stille hovedspørsmålene våre når det passet inn i intervjuet, og oppfølgingsspørsmål i forhold til hovedspørsmålene. Når det var interessante elementer i forhold til vår problemstilling, prøvde vi å spinne videre på dette for å få ny informasjon inn i intervjuet. Det er en stor utfordring å få tak i respondentens subjektive meninger samtidig som man prøver å holde en viss struktur i intervjuet (Tjora, 2012).

I våre intervjuer ble vi overrasket over hvor åpen og ærlig respondentene var. Vi hadde valgt et tema som av enkelte kan virke truende, og var forberedt på at noen kunne være farget av sine ledere og/eller svare ”program forpliktende”. Men vi hadde en opplevelse av at vi fikk respondentenes oppfatning av hvordan de så på spørsmålene, ikke hvordan andre ville svart. Med andre ord: tilsynelatende svært ærlige svar.

Vi var opptatt av å prøve og ikke la seg påvirke i en retning, eller ”legge svarene i munnen” på respondentene. Dette er vanskelig i en intervjusituasjon og spesielt med den åpne strukturen på intervjuguiden som vi hadde valgt.

Kritikere av denne typen intervjuer peker spesielt på maktrelasjonen i intervju situasjonen. Som intervjuer har man en makt over hvordan intervjuet vinkles og det kan bli en forskjell i maktforholdet mellom intervjuer og respondent. Det er derfor viktig at vi som intervjuere er klar over denne makten og dermed kan være bevisst på å ikke bruke den, og eventuelt klare å skape om mulig likestilt situasjon mellom intervjuer og respondent. I våre intervju kan man stille spørsmål ved at vi var to som intervjuet, og kun en respondent. Dette skaper et overtall og en maktsituasjon (Jacobsen, 2010). Vi valgte å løse dette med å ha en åpen intervjusituasjon, med ikke for detaljerte spørsmål, og at vi var spesielt interessert i respondentens erfaringer i forbindelse med tematikken i intervjuet. Ut fra hvor åpen respondentene var i intervjusituasjonen virker det som om vi lyktes med dette.

3.8 Analyse av intervju

Da vi gjennomførte analysen av det transkriberte materialet, gjorde vi først en åpen koding av empirien. Etter dette tok vi for oss de forskjellige delene i problemstillingen og prøvde å komme med flere kategorier til hver av de tre spørsmålene. Vi lagde en tabell for å få bedre oversikt over kategoriene og underkategoriene (vedlegg 4) (Tjora, 2012). Ved å lage en slik oversikt i tabell og at vi kategoriserte ut fra problemstillingen, gjorde det enklere for oss å få kategorier og underkategorier som kunne gi svar på vår problemstilling (Jacobsen, 2010). Videre kategoriserte vi ut fra dette. Da vi var ferdig med denne kategoriseringen, så vi at det var hensiktsmessig å dra sammen ytterligere blant de kategoriene vi hadde funnet. Noen av delene fikk flere kategorier slik som første delen om meldekultur. Den som gikk på åpenhetskulturen og meldekulturen fikk tre kategorier og den siste om meldekulturen førte til endring av pasientbehandlingen fikk en. Dette samsvarer med aksial koding der vi finner sentrale funn i intervjuene og kategoriserte i forhold til dette (Patton, 2015).

Det viktigste i analysen var at vi ikke lagde oss våre egen sannheter, men var tro mot respondentenes sitater fra intervjuene. Dette var i tråd med etnometodologien (Patton, 2015), men vi så også at egne erfaringer hadde lett for å farge litt av kategoriseringen. Her måtte vi være oppmerksom for å holde oss til hva respondentene sa, og ikke legge for mye tolkning i svarene.

3.9 Validitet

Validitet eller gyldighet kan deles inn i to deler, internt og eksternt. Den interne gyldigheten handler om vi har fått svar på det vi ønsket i vår undersøkelse. Ekstern gyldigheten eller overførbarhet har med muligheten for å generalisere, noe som er vanskelig i en kvalitativ studie (Jacobsen, 2010). Videre vil vi gå nærmere inn på intern og ekstern gyldighet.

Den interne undersøkelsen omhandler det å få svar på det man ønsker i undersøkelsen. I vår undersøkelse gjorde vi dybdeintervjuer. Jacobsen skriver om internsubjektivitet, siden det i kvalitativ forskning er vanskelig å si hva som er sannheten. Men vi kan si at den kan kalles en sannhet hvis flere av respondentene er enige om en beskrivelse av et tema eller fenomen

(Jacobsen, 2010). Man kan teste gyldigheten til en undersøkelse på flere måter. Vi kan for eksempel teste den ved å få flere av respondentene til å uttale seg om undersøkelsens innhold uavhengig av hverandre, eller i grupper. Kjenner de seg igjen i konklusjonene vi har kommet fram til (Jacobsen, 2010). Vi kan også se om det er likhetstrekk ved andre undersøkelser som er gjort på samme tema, og da helst med andre metoder enn dybdeintervju. Hvis vår konklusjon sammenfaller med andres, kan gyldigheten av vårt arbeid styrkes.

En viktig måte å sjekke gyldigheten til vår undersøkelse på er å være kritisk til hva vi har gjort. Har vi fått tak i de respondentene som kan gi oss de beste dekkende svarene på vår problemstilling, eller er det andre som kunne vært bedre (Jacobsen, 2010)? Et annet spørsmål er om de respondentene som vi har intervjuet har gitt oss rett informasjonen. Det kan være at de er formet av tilegnet kunnskap om emnet, og dermed ikke gir oss førstehåndskunnskap. Hvordan vi var som intervjuere kan også påvirke hva respondentene svarte. Vi kunne påvirke svarene ved måten vi stilte spørsmålene på. En gylden regel var at ved å få lik informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av tema eller fenomenet (Jacobsen, 2010). Det er ikke nødvendigvis enighet mellom respondentene vi søker som forskere, men ulikheter og sammenhenger. Etter hvert som man intervjuer flere og flere kan det være vanskelig å holde seg nøytral. Kanskje ønsker man helst svar på enkelte fenomener under intervjuene, men ikke alle kan eller ønsker å gi oss denne informasjonen. Vi som intervjuere kan også se oss blinde på den informasjonen vi har fått fra tidligere respondenter, og på denne måten gå glipp av viktige elementer i undersøkelsen. Å være oppmerksom på disse elementene var viktige både før og underveis i intervjuene. På denne måten kunne vi være kritiske til hvordan vi samlet inn data, og hvordan gyldigheten til den var (Jacobsen, 2010).

Det er ikke bare måten vi gjennomfører intervjuene våre som er viktige i forhold til gyldigheten, men også hvordan vi kategoriserer dem i etterkant. En måte å gjennomføre en slik kontroll er å la en annen forsker kategorisere intervjuene og se om det er store forskjeller, eller om det sammenfaller. Man finner likheter eller ulikheter ved å stille spørsmål ved om det er sammenhengen eller om det er andre deler som kan påvirke våre funn (Jacobsen, 2010). Vi var to som skrev sammen, og valgte å kategorisere hver for oss, for så å sammenfatte, diskutere og komme til enighet om våre kategorier. Dette var en måte å kontrollere gyldigheten på.

Den eksterne gyldigheten har med muligheten for å generalisere funnene våre (Jacobsen, 2010). Ved at vi brukte kvalitativ metode, var det vanskelig å generalisere funnene våre. Siden vi ønsket å gå i dybden, var det få klinikker og enhet vi fikk intervjuet personer fra. Men vi kan argumentere for at vi har gjort like funn som enkelte andre studier innenfor sammen felt.

3.10 Relabiliteten

Reliabiliteten til de data som vi har innhentet er viktig for å evaluere kvaliteten av dem. Måten vi har gjennomført intervjuene kunne ha påvirket resultatene som vi har kommet frem til. I en intervju situasjon, formes samtalen i stil og innhold etter dem som er med. Dette både ut fra hvilken spørsmål vi stiller, men også hvordan vi ter oss (Jacobsen, 2010). Vi har stort sett gjennomført intervjuene sammen. Derfor har det vært viktig for oss å ha fokus på hvordan vi var i intervjusituasjonen, og gjorde hverandre oppmerksom på elementer som kunne påvirke i forkant av intervjuer. Dette var noe vi også diskuterte i etterkant, for å fortsette ha fokus på det. Vi valgt å gjennomføre intervjuene forholdsvis kjente omgivelser for respondentene (Jacobsen, 2010). En utfordring er at vi hadde kjennskap til alle respondentene, siden vi begge jobber i sykehuset. Det kan derfor være en mulighet for at respondentene gav svar som de antok vi forventet, eller at de ikke kom naturlig på grunn av intervjuguiden. Vi prøvde å unngå denne effekten under intervjuene (Jacobsen, 2010). Men ved enkelte spørsmål tillot vi oss å være enige med respondenten. Mye for at den gode samtalen ikke skulle stoppe opp eller at respondenten kom inn på temaer som var nye og interessante for undersøkelsen.

En annen viktig faktor i reliabiliteten var hvor nøyaktig vi registrerte dataene. På bakgrunn av dette valgte vi å bruke lydopptak under intervjuene. Vi transkriberte intervjuene etterpå, og på denne hadde vi rådata tilgjengelig. På denne måten kunne vi gå tilbake i etterkant for å se at vår analyse samsvarte med det som respondentene hadde sagt (Jacobsen, 2010).

3.11 Datakilder og kildekritikk

Åpenhetskulturen er forholdsvis nytt innen helse og omsorg, noe som medfører at det er utfordrende å finne litteratur på dette feltet. Men det er både skrevet oppgaver og gjort flere undersøkelser om temaet, og vi har derfor valgt å bruke disse som et grunnlag. Videre kan en også se til andre bransjer som har vært mer åpen om sin avvikshåndtering, og dermed sammenligne seg med dem. Det er også skrevet noe om åpenhet i internasjonal litteratur, men her også er åpenhet innen helse forholdsvis nytt.

Innen pasientsikkerhet er det kommet en ny bok på temaet, Pasientsikkerhet av Aase (Aase, 2015). Samtidig har vi flere artikler som er skrevet både nasjonalt og internasjonalt som belyser tematikken vår. Kunnskapssenteret er en bidragsyter i forhold til pasientsikkerhet, og har blant annen ”i trygge hender”, med flere prosjekter gående. ”I trygge hender” er et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram som jobber for å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2015). De har også en oversikt over forskning som kunnskapssenteret har bidratt til. Vi har også søkt opp flere andre oppgaver som er skrevet om temaet, der de fleste konkluderer med at vi fortsatt har en vei å gå i forhold til det å lære av hendelser. I tillegg til internett og kunnskapssenteret, har vi brukt sykepleieforbundet sin undersøkelse om pasientsikkerhet. Vi kan på denne måten ha fått noe ensidig informasjon om temaet.

For å lære mer om Nordlandssykehusets arbeid rundt avvikshåndtering, åpenhet og pasientsikkerhet har vi brukt foretakets internettside, nlsh.no. Dette var informasjon som de selv har valgt å legge ut offentlig om temaet, og kan dermed være fremstilt på visse måter ut fra sykehusets egeninteresse. Men denne informasjonen har vært brukt til å belyse funn i egen undersøkelse, og for å vurdere dens troverdighet (Jacobsen, 2010)

I metodefaget har vi brukt studiets anbefalte litteratur med Nilssen og Tjora. Vi har videre brukt Patton’s Qualitative research and evaluation methods, og Jacobsens Forståelse, beskrivelse og forklaringer som vi har kjennskap til fra tidligere studier.

Vi har forsøkt se på nyere forskning innenfor feltene åpenhet, avvik og pasientsikkerhet. Siden dette er temaer som er blitt aktuelt de senere år, har det vært noe utfordrende å finne

god og beskrivende litteratur til funnen våre. Enkelte tema har vi ikke klart å finne i tidligere forskning ut fra vårt litteratursøk.

4 Sammenfatning av empiri

Denne delen av oppgaven var en gjenfortelling av intervjuene slik vi oppfattet dem etter at vi hadde kodet dem. Vi vil bruke sitater fra intervjuene for å illustrere funnene våre. Måten vi har kodet intervjuene på finner man beskrevet i kapittel 3.8. Tematikken i overskriftene under vil samsvare med de kategoriene vi ente opp med gjennom den aksiale kodingen.

4.1 Åpenhetskulturen

Vi ønsket å få frem hvilket forholdt den enkelte respondenten hadde til åpenhetskulturen i sykehuset, og prøvde å spørre ut fra forskjellige vinklinger for å få frem meninger og refleksjoner rundt temaet.

De fleste respondentene mente at åpenhetskulturen ikke motvirket at de meldte avvik, men de trodde at dette kunne ha en innvirkning på meldekulturen til andre kolleger. Den eneste som mener at meldekulturen utelukkende blir bedre er en av lederne. Han svarer kontant JA (Respondent nr 1).

Det virket som om det falt lettere for lederne å prate om åpenhet, og at lederne har bedre kunnskap om offentliggjøring av meldinger, enn blant helsearbeiderne. Det var derfor vanskeligere å komme i dybden på temaet blant helsearbeiderne enn blant lederne.

4.2 Underrapportering.

”Tidsklemma” var nevnt som en av grunnene til at meldinger ikke ble skrevet i alle ledd av organisasjonen. Man hadde ikke tid igjennom arbeidsdagen til at man kunne melde de mest nødvendige avvikene. Dette hadde man først tid til å gjøre da den normale arbeidsdagen var gjennomført, og da var det et stort tiltak å få gjennomføre dette. En av respondentene beskriver en vanlig dag på jobb slik:

”jeg skulle helst levert 10 avvik på xxx avdeling gjennom arbeidsdagen på grunn av for sen tilbakemelding, men gjennom en dag på jobb der man ikke en gang har tid til å dokumentere om pasientene i Dips, så blir det ikke prioritert” (Respondent nr 3).

Den vanlige hverdagen til de ansatte og lederne ble beskrevet som presset, og de fleste og kanskje mest alvorlige avvikene oppsto når man hadde det som mest travelt. En av respondentene samlet opp avvik, for å så skrive dem inn i meldingssystemet når han hadde rom for det i arbeidstiden. Men det var utfordrende å finne arbeidsstasjoner for å skrive meldingene på. Et annet element som gjorde det utfordrende å skrive avvik, var at ved skade på pasient, §3.3 meldinger, så skal disse helst leveres inne 24 timer. Hadde man da ikke mulighet for å skrive innen 24 timer, så skrev man ikke avviket, eller brukte en annen type avvik for å melde ifra om hendelsen. Samme respondent uttrykte bekymring for å krysse av for å sende til kunnskapssenteret. *”Regner med hvis jeg har trykket der så ville det blitt ”harraball” (Respondent nr 4).* Her gir respondenten tydelig uttrykk for en frykt ved å melde enkelte typer meldinger, og regner med en represalie fra ledelsen hvis man meldte til kunnskapssenteret. Men det viser også at funksjonen til kunnskapssenteret er lite kjent for respondenten. Dette er ikke denne respondenten alene om, men et flertall av respondentene kunne ikke redegjøre for deres funksjoner. Men det ble spesifisert at de mest alvorlige meldingene ble meldt innen fristen, og da tok man seg tid til å melde selv om man måtte bruke fritiden.

Når man har liten tid til å melde avvik i meldingssystemet er ofte en løsning å løse det bland kollegaer. *”Man prater mer oss imellom, klager litt på vaktrommet, er litt irritert der og da, også går man videre” (Respondent nr 8).*

Feil som ble gjort gjentatte ganger uten at det ble meldt avvik eller at man fikk ingen tilbakemeldinger på meldinger om feilen, ble etter hvert en vane i enhetene. Man sluttet etter hvert å legge merke til feilen som en feil. Men det ble en normalisering av en fare som inntraff ofte. Implementerte det som ”normal” praksis, eller når det har blitt beskrevet som et avvik, har man blitt parert med at *”slik har det alltid vært” (Respondent nr 8),* og på bakgrunn av dette ikke levert et avvik i meldesystemet.

En annen respondent sier: *”hvis det leveres flere meldinger med samme tema, hva gjøres da?” (Respondent nr 2)* Skjer det ingen endring er det nesten ingen mening i å levere avvik.

Eller er dette et tegn på at man ikke har muligheten til å gjøre noe med de avvikene som kommer.

Det å melde på en kollega ”er liksom ikke morsomt”(Respondent nr 8) i utgangspunktet, når det i tillegg står navn på meldingen, er det mange som kvier seg for å levere slike meldinger. Det de fleste mener var hovedårsaken var reaksjonen til den enkelte, og da spesielt om dette ville ha noen påvirkning på samarbeidet dem imellom fremover.

Alle respondentene har en opplevelse av at det leveres for lite avvik. Isfjellprinsippet beskrives av flere av dem, dette omtales slik fra en av respondentene:

- ”dette med isfjellprinsippet, nå begynner det å bli lite isfjell, men altså 10 % vises, det vil si at hvis vi melder 1 så skulle det vært meldt 9 til”(Respondent nr 2).

Noen av årsakene til dette er nok noen av de overstående punktene med tidspress, mangel på kjennskap til systemet og de avvikene som skjedde gjentatte ganger og som etter hvert ble en vane.

Enkelte respondenter er redde for om de melder for mange avvik så vil de ikke blitt tatt på alvor av lederne. Det beskrives som om de ikke ønsket å være masete. En av lederne beskriver også opplevelsen av ”maseavvik” hvis det ble meldt om det vedkommende mente var uvesentligheter, eller at det kom mange avvik fra en og samme person uten at det hadde en høy alvorlighetsgrad.

4.3 Manglende tilbakemelding.

Det er også flere som mener at det tar for lang tid å få tilbakemelding på avvikene man har skrevet, om man har fått tilbakemelding i det hele tatt. Ved flere tilfeller har personer opplevd at avvik de har meldt ikke har blitt lukket. Dette selv om det er gått relativt lang tid siden avviket ble sent. I det ene tilfellet er avvik som er levert i 2015 enda ikke lukket. ”Hadde jeg

fått svar på avvikene jeg leverte, skulle jeg nok levert flere avvik” (Respondent nr 8). At de ikke får tilbakemelding når de faktisk tar seg tid til å skrive avvik, kan virke negativt på meldekulturen. Det kan gi et signal om at meldingene de leverer ikke er interessante for enhetene i jobben for å forbedre pasientbehandlingen. Og for enkelte kan det virke som en neglisjering av et arbeid som er viktig i en organisasjon.

På den andre siden beskriver lederne en arbeidsdag som er fylt med arbeidsoppgaver, og det kan være enkelt å legge jobben med avvik i DocMap til side. En av respondentene sier det er *”enklere å få avvik lukket når de er innenfor egen enhet, men når det går ut over dette er det vanskelig å få svar på avvikene*” (Respondent nr 5). Dette kan også ses på i sammenheng med at enkelte avvik er vanskelig å få lukket. Der det er flere enheter involvert, og eventuelt også flere klinikker, kan tiden for å få svar på avviket bli lang. Kanskje er det kompliserte avvik som krever endring av større systemer, det kan være en årsak til at det ikke kan lukkes eller tar lang tid å lukke. Flere opplever også at avvikene blir lukket med frasen *”tas til etterretning*”. Da er muligheten for at man føler at det å levere et avvik er bortkastet, og fører til liten endring.

4.4 Meldekultur

De ansatte så på det som positivt at man hadde gått fra papir til en digital meldeordning. Dette virker positivt på antall meldinger som er levert. men de er usikre på hvilken effekt dette har på meldekultur.

Det største funnet som vi så fra vårt synspunkt var at det underrapporteres. Dette var en opplevelse som både ledere og helsearbeidere uttrykte. Blant lederne var de klar over at det var underrapportering bland de ansatte. Helsearbeiderne beskriver at de underrapporterer, og begrunnet dette i forskjellige elementer. Årsaker nevnt var:

- Kunnskap og forståelse for meldesystemet
- Tilgjengelighet
- Arbeids-og tidspress
- Manglende tilbakemelding
- Å melde fører ikke til forbedring

- Redsel for sanksjoner

Når respondentene pratet om redsel for sanksjon var det ulike sanksjoner de var redde for. Dette vil vi komme nærmere inn på nedenfor.

4.4.1 Redsel for konsekvenser av å melde

Redsel for konsekvensene av det å melde avvik blir nevnt av flere respondenter som en grunn til ikke å melde. *”Det å melde skal ikke være feil, man skal ikke miste jobben selv om man melder” (Respondent nr 8).* I utgangspunktet er meldesystemet ment som et verktøy for å rett opp systemet rundt pasientbehandlingen slik at det fungerer bedre. Men det virker som flere av respondentene vegrer seg for å skrive avvik på bakgrunn av at de er redde for sanksjoner og konsekvenser ovenfor egen person hvis de melder. En annen sier: *”jeg er usikker på om meldinger kan føre til sanksjoner” (Respondent nr 4).* Om denne redselen kommer fra opplevde situasjoner, har sett andre fått konsekvenser eller om man bare tror det, er usikkert. Hvis hendelsen er på en selv, sier en av respondentene:

”hvem forsvarer meg hvis noe går galt, tror det er litt ymse om hvordan de vil støtte meg, med de mener jeg nærmeste leder. For jeg tror ikke direktøren blir å sitte å klappe meg på skulderen. Derfor vil det sitte langt, langt inne å melde noe meget alvorlig” (Respondent nr 8).

Når vi spør om konkrete situasjoner som vi kjente til, var erfaringene utelukket at det ikke har blitt konsekvenser, men at medarbeiderne heller har blitt støttet av ledelsen, og ikke minst av sine kolleger. Det gis også uttrykk for at man har sett hvordan det har blitt løst på andre steder. Da har man lest i medier om andre hendelser i helsevesenet.

4.4.2 Digitalisering av meldeordningen

Vi fikk digital meldeordning i 2011. Det var i starten valgfritt om man ønsket å være anonym eller ikke. Dette ble endret i 2012 da vi fikk inn §3.3 meldinger og skade på personell. Og da ble muligheten for å levere anonyme meldinger borte. Dette bortfallet av muligheten for å melde anonymt ble av ansatte i ettertid brukt som en begrunnelse på hvorfor man ikke leverte

meldinger. En av grunnen til dette var at enkelte ansatte hadde opplevd å bli konfrontert med innholdet i meldingene som de har skrevet.

En av lederne har beskrevet det slik:

” Enkeltpersoner føler seg nok veldig blottlagt, hvis vi skal si det sånn, og det er klart at det, her snakker vi om følelser og om, jeg hører jo det er mye uheldige oppførsler av folk som har blitt nevnt i avvik, nå skal det jo ikke nevne navn eller noe, men mange kan tenke seg til hvem det er, hvilken lege som er involvert og, det er jo ikke vanskelig å finne ut..” (Respondent nr 1)

Denne konfrontasjonen slik vi ser det kom først og fremst fra dem meldingen hadde omhandlet. Det ble opplevd som om enkeltpersoner endret oppførsel ovenfor melder i etterkant. På bakgrunn av slike opplevelser har enkelte ytret at de ikke ønsket å levere meldinger med sitt navn i meldesystemet. De har derfor bedt lederne skrive meldingen inn i systemet under lederens navn. Etter slike opplevelser kan man stille spørsmål ved om man burde ha mulighet til å se melderens navn, eller om dette kun kan gjøres av enkeltpersoner i meldesystemet. Men på en annen side burde ikke navn ha noen betydning for hendelsen og forbedringen av systemet.

En fordel med et digitalt meldesystem er at man kan følge avvikene gjennom saksgangen. En av respondentene sier følgende: *”jeg ser når avviket er lukket, og jeg kan se hvem som har lest det og hvilke tilbakemeldinger som er kommet” (Respondent nr 4)*. Videre sier en av lederne *”I en travel hverdag blir man faktisk tvunget til å håndtere avvikene som leder. Det er bra” (Respondent nr 1)*. Men om systemet fungerte bra og om det var et godt system, var respondenten mindre enig i: *”jeg har selv gitt opp mange ganger” (Respondent nr 1)*. Brukerne synes det er vanskelig å operere inne i systemet, det er mange ruter som skal fylles ut og avmerking av bokser. Dette var et fellestrekk mellom respondentene. Ingen mente at systemet var optimalt og brukervennlig. Heller kom det frem at de mente det var lite tilgjengelig og til dels innviklet å håndtere.

4.4.3 Kunnskap og forståelse for meldesystemet.

Våre respondenter hadde ulik kunnskap om meldesystemet eller deler av dette. I tillegg hadde de fleste av dem liten kunnskap om hvilken rolle kunnskapscenteret hadde i meldesystemet.

Det var også flere som mente at systemet var for innviklet for at meldinger lett skulle meldes.

Den ene respondenten beskriver det slik:

- ” jeg har brukt en del datamaskin i min tid, men jeg syntes ikke det var noen lettfattelig prosess. Da jeg hadde skrevet den ene avviket jeg har meldt, så var det ikke den første tanken at dette skal jeg fortsette med, men heller ”jesus maria” så glad jeg er for at jeg kan trykke send.”(Respondent nr 3)

At respondentene hadde liten kjennskap til systemet og at det var tidkrevende å melde kunne tyde på at systemet ble lite brukt, noen vegrer seg for å bruke det, og/eller hadde fått for dårlig opplæring slik at dette ble en bøyg å forsere før det å melde avvik.

4.4.4 Engasjerte medarbeidere

Noen fellestrekk vi så fra respondentene våre var at de sa at enkeltpersoner med høyt engasjement var de som var flinkest til å melde. At det var de engasjerte som var flinkest til å melde var ingen overraskelse. Disse personene var opptatt av jobben sin og ønsker en forbedring både for personell og pasienter i enhetene. De så muligheter i å forbedre det miljøet de var en del av. Enkelte av våre respondenter så vi på som engasjerte medarbeider. De mente at selv om de var opptatt av å melde, leverte de ikke inn meldinger på alle hendelsene som de burde. Og hovedargumentasjonen for dette var at man hadde for dårlig tid i det daglige til å levere de avvikene man burde.

4.4.5 Den uformelle avvikhåndtering.

Å levere avvik kan for enkelte virke tidkrevende og komplisert. Vi vet at avvikene må gå i organisasjonslinjene, og man var heller ikke sikret at rett person fikk avviket. Da kan det være ønskelig å bruke uformelle kanaler. Et eksempel:

”Har meldt ett avvik i mitt liv, og det var så grovt at det, kunne ikke la vær å meldes, også var det en sykepleier som masa på at jeg måtte melde avvik, og hun gav seg ikke før jeg hadde gjort det, jeg hadde vakt i går, og hadde en kritisk syk pasient, og xxx avdeling brukt over to timer på å komme med ett svar, jeg måtte ringe å etterlyse svarene på denne pasienten, ...nei vi jobber så fort som vi kan. Det som de sier og som sikker er sant. Det er ekstremt dårlig prioritering, det er ingen prioritering på tilbakemelding av xxx svar. Og det det har jeg snakket med en, den personen som kan fikse det, så vi er i en dialog om det. Så får jeg beskjeden om at jeg må melde avvik, så sier jeg, at hvis jeg, nå har jeg hatt x antall vakter denne uka, hvis jeg skulle meldt avvik hver gang avdeling xxx ikke leverer innen frist, så måttet jeg levere 10 avvik om dagen, og det har jeg ikke tid til, jeg har ikke tid til å skrive i Dips på pasientene mine engang fordi det er så mange av dem” (Respondent nr 3).

Her tar han kontakt direkte med personen som kan ordne at man får et annet system for å håndtere enkelte oppgaver. Han går på tvers av klinikkene, men han får dialog med rette personen til rett tid.

4.5 Bidrar økt åpenhet rundt avvikene til endring i meldekulturen

I spørsmålene som omhandlet åpenhet og meldinger, er inntrykket vi sitter igjen med at respondentene ser viktigheten og mulighetene som ligger i å melde. Åpenhet handler for respondentene om vilje til forbedring, ”vet allmenheten og media om feilene våre så forventes det at det tas tak.” (Respondent nr 3) Men det ligger noen utfordringer knyttet til åpenheten som gjør at noen tenker seg om før de melder. Andre beskriver situasjoner der tidligere erfaringer bidrar til at det ikke meldes, selv om alvorligheten er høy. ”Det har nok vært en kultur for at det har vært veldig lukket enkelte steder, selv innad i sykehuset..” (Respondent nr 1).

Respondentene var delt på om åpenhet påvirker eller endrer meldekulturen. Halvparten svarte at åpenheten bidrar negativt på meldekulturen, ved at de trodde antall meldinger ble redusert. De som mente det var positivt eller at det ikke påvirket meldekulturen, var klare på at man måtte melde for å kunne forbedre. Lederne var dem som hadde det mest positive synet på åpenhet og at det bidro positivt på meldekulturen. *”Vi skal melde, vi melder av en grunn, selvfølgelig er vi pålagt, men vi gjør det av en grunn, og det er jo at det skal bli bedre”* (Respondent nr 2) (leder) var ett av svarene vi fikk da vi spurte om åpenhetskulturen påvirker meldekultur.

Verken intern åpenhet gjennom meldinger eller offentlig åpenhet gjennom publiserte §3-3 saker syntes ha påvirkning på meldekultur for de som var positive. *”Melder man ikke ifra så er jo det over hode ikke bra. Og kanskje skjer den samme tingen en måned senere, og kanskje var det du som kunne ha meldt fra før. Da kunne nummer to vært unngått”* (Respondent nr 5).

At åpenhet er et steg i riktig retning tolket vi alle respondentene til å være enige i. Åpenheten opplevdes av lederne som et steg i rett retning, og at den interne åpenheten kunne utvides. *”..om hele (syke)huset hadde lest vårt avvikssystem, det hadde ikke gjort meg noen ting, tvert imot, så hadde jeg syntes det var bra.”* (Respondent nr 1)

Blant helsepersonellet som jobbet direkte med pasienter og som melder, var bekymringen størst for hvilke følger meldinger kunne få for dem. Samtidig var helsepersonellet bekymret for at deres pasienter ble bekymret eller engstelige for helsetjenesten på bakgrunn av hendelser.

Ved en avdeling beskrev lederen at de hadde temaet åpenhet som et eget emne under deres nyansattkurs. Her fortalte de om hvilken forventninger sykehuset hadde til åpenhet, og hva som ville skje hvis en rapportert hendelse ble offentliggjort. Dette gjorde de for å belyse at det var saken som var viktig i meldingene, ikke hvilken person som hadde meldt den.

Åpenhet handlet om å være villig til å forandre seg og forbedre seg: *”.. er det åpent ut, så må du forholde det til det, og du må gjøre deg opp en mening om du må gjøre noe med det. Akkurat som med avvik, før så gikk det i en skuff, i dag så er det åpent i systemet, og alle de ansatte på huset får se disse, og klinikkene.”*(Respondent nr 1) Her snakket respondenten både om åpenhet intern mellom ansatte og ledere, men også om åpenhet ut til befolkning og media.

Basert på informasjon fra meldesystemet beskrev en av respondentene;

”..og det er ikke slik at det er færre alvorlige meldinger som meldes, basert på det som meldes så har ikke åpenhetskulturen påvirket negativt. Derav at man kunne tenkt seg til at det kommer færre meldinger. Har ingen grunnlag for å si at åpenhetskulturen har ført til færre meldinger, det har økt.”(Respondent nr 2)

Det var ingen av respondentene som var ekstremt verken for eller imot åpenheten. De som var for eller økt åpenhet, så også hvilke utfordringer som lå knyttet opp mot åpenheten. Spesielt mot den eller de ansatte som fikk sin sak lagt ut offentlig. *” Jeg har ikke meldt alt jeg burde meldt, men det er litt sånn at skal mitt navn på alle avvikene, så blir det jo jeg som er problemet”*(Respondent nr 4) . Det var flere lignende refleksjoner som virket beskrivende for at melder reflekterte over sin egen rolle som melder. Andre hadde ikke reflekter over åpenhetens effekt på meldekultur:

”jeg har fått tilbakemelding fra enkeltansatte om hva de har sett, men de ønsker ikke å skrive avvik på grunn av de en gang tidligere har erfart at legene gjorde det vanskelig for dem, i avdelingen

Så jeg tror at den åpenhet kulturen I denne sammenheng jobber i mot intensjonen til avvik system” (Respondent nr 1).

Åpenheten har vi valgt å se på som to deler, intern åpenhet som mellom ansatte og ledelse og ekstern åpenhet som mellom sykehus og befolkningen. Disse to henger tett sammen og kan ikke ses på som helt separat.

Den interne åpenheten hadde respondentene et klart bilde på hva som var synlig. Den eksterne åpenheten var ikke like godt kjent, eller en helt ukjent faktor for respondentene.

4.5.1 Åpenhet i sykehuset og helsevesenet.

Respondentenes kjennskap til kunnskapssenteret var varierende. Det var ikke klart for alle hvilke muligheter eller begrensninger som lå ved at alvorlige avvik gikk til kunnskapssenteret. Men respondentene beskrev en trygghet ved at meldingene håndteres anonymt, og at det kunne bidra til forbedring. At andre sykehus kunne lære av våre feil ble sett på som viktig.

Respondentene ”*Det har nok vært en kultur for at det har vært veldig lukket enkelte steder, selv innad i sykehuset.*” (Respondent nr 1)

”*Akkurat som med avvik, før så gikk det i en skuff, i dag så er det åpent i systemet og alle de ansatte på huset får se disse, og klinikkene*”. (Respondent nr 1)

Endringer i åpenheten om avvikene i avvikssystemet er todelt. Det kan leses av ledere oppover i systemet, men gjør også at melder blir mer synlig oppover. Flere av respondenter nevner at dette har både positive og negative effekter. Positive var at ledere høyere opp blir oppmerksom på de avvik som skrives, og kunne lese avvikene. Negativt var at avvik oppleves som belastende og tidkrevende for ledere i en krevende og travel hverdag. Denne travelheten gjorde at saksbehandling av meldinger ikke alltid ble prioritert like høyt og rask som de ansatte forventet få svar på det som var meldt.

Fra innføringen av det digitale meldesystemet kan meldinger følges fra melder til den er ferdig behandlet og lukket. Meldesystemet gir også mulighet for at ledere i linje oppover fra melder har innsyn i meldingene. Økt åpenhet internt betyr også økt synlighet og økt sårbarhet for melder. En av lederne beskriver hvordan ansattes tidligere negative erfaringer med håndtering av avvik der melderens navn var kjent, og hvordan dette sto i veien for å melde ved en senere anledning,

”.. særlig om det er vanskelige saker så vet jeg at de(ansatte) kvier seg for å skrive de vet.(Respondent nr 1)

Jeg har fått tilbakemelding fra enkeltansatte om hva de har sett, og de ønsker ikke å skrive avvik på grunn av at de tidligere har erfart at en annen yrkesgruppe gjorde det vanskelig for dem i avdelingen”(Respondent nr 1)

Vi opplevde at respondentene våre framsto som positive til at helsevesenet generelt, og Nordlandssykehuset spesielt ønsker åpenhet. Det går et skille mellom det å være åpen internt og åpenhet ut mot befolkning. Internt forstått som mellom ansatte, og gjennom tilgjengelig informasjon gjort synlig for ansatte, pasienter og andre som er tilstede på sykehuset i form av kvalitetstavler på sykehusets avdelinger. Åpenhet ut forstått som mot befolkning og media i form av offentliggjøring av de mest alvorlige avvikene, §3-3 saker og annen statistikk som omhandler pasientsikkerhet og kvalitet.

Kvalitetstavlene som inneholder tall fra avdelingens kvalitetsindikatorer oppfattes blant respondentene å ha blandet effekt. Innholdet i tavlene og hvor synlige de skal være er det delt meninger. Dette ut fra om tavlene kan spre utrygghet blant pasientene, til at det er mest relevant for de ansatte. Tavlene er en del av det større bilde som setter pasientsikkerhet på dagsorden, og på den måten bidra til økt pasientsikkerhet. Vi fant ingen holdepunkter i intervjuene for at kvalitetstavlene påvirker meldekulturen.

4.5.2 Åpenhet mot samfunnet.

Sykehusets åpenhet ved publiseringer av alvorlige pasienthendelser, såkalt §3-3 saker, var det blant respondentene blandede meninger om. Flertallet mente det var positivt isolert sett å være åpen om uønskede hendelser for å kunne lære. De ulike oppfatningene gikk på om offentliggjøringen ville bli oppfattet som positivt eller negativt av befolkningen som leser sakene. Ville åpenheten negativt påvirke tilliten til sykehuset og helsevesenet? Hvordan media ville håndtere de offentliggjorte sakene var det vi oppfattet var det respondensene var

mest utrygge på, og som vi opplevde kunne ha betydning for om lot være å melde. Det var også usikkerhet knyttet til sykehusledelsens intensjon ved å offentliggjøre pasienthendelsene.

”jeg opplever jo at ikke så rent få kvier seg for å melde avvik. Fordi man vet at hvis man melder et avvik på sykehuset, så kan det, kan sykehusledelsen velge å offentliggjøre avviket, og det kan komme i avisa.” (Respondent nr 6)

En av de andre respondentene var positiv til publisering av alvorlige hendelser og svarte på spørsmål om åpenheten kunne ha noen negative effekter;

- (lang pause) nei, tror ikke det. Man kan si at tillit til helsevesenet kan bli lavere, og man kan si at selvtilliten til helsearbeidere blir påvirket. Jeg tror tilliten til det norske helsevesenet er uforholdsmessig høy, det er veldig bra at den er høy, fordi at det er et ok produkt vi leverer, og det har jo alltid vært der, og det har alltid vært ganske bra, og det har alltid vært gratis. Så det er også noe å tenke på. Så derfor tror jeg tilliten er høy og kommer til å forbli høy, så jeg tror ikke noen større åpenhet vil legge mye sånn sett, kanskje... ja. Det kan til og med hende at det påvirker i positiv retning. Jeg greier ikke se noen ulemper.” (Respondent nr 3)

En annen sa følgende:

”...når en sak kommer ut, med det samme den kommer ut så vil du nok kvie deg litt for å si du jobber i avdelingen... en pasient spør er det slik som det står på førstesiden i avisa... (og det kan) føre til at du ikke melder, du lar det bare gå.” (Respondent nr 1)

Videre sa en annen respondent:

”at man ønsker høyt oppe i sykehuset å frikjenne seg litt, og si at vi har ingenting å skjule, dere skal få vite alt av oss, men så blir prisen at man peker nedover på enkeltindivider i organisasjon som da må ta støytten. Og i så fall vil jo konsekvensen av denne åpenhetskulturen være å undergrave avvikssystemet som jo er et viktig system for å avdekke, spesielt systemfeil” (Respondent nr 6)

Her så vi at det er forskjell på oppfatningen av hvor bra det er å være åpen om hendelser som skjer i sykehuset. Dette vil vi belyse i drøftingen.

4.6 Meldekultur og pasientbehandling.

Vi spurte våre respondenter om de kunne se endringer på bakgrunn av meldinger som de hadde levert. Det syntes de var vanskelig, og det var bare en som kunne referere direkte til enkelte endringer. Og da var disse endringene innenfor egen enhet. Endringer som er over flere enheter og/eller klinikker var vanskelig å huske i intervjuet

Nesten alle respondentene mener først at det er lite endringer som er skjedd selv om man har levert meldinger. Men når de får tenkt seg litt om kommer det noen endringer som har skjedd.

En av respondentene sier: *”vi ser lite på hvor mange personer vi er på jobb, men systemet er blitt bedre”*(Respondent nr 8). Her gir respondenten uttrykk for at løsningene som kommer fra ledelsen, ikke er den løsningen ansatte synes at de trenger. De gav uttrykk for at flere ansatte var et større behov enn bedre systemer. En annen sier at: *”endring tar tid”*(Respondent nr 5) . Når endringene skjer en god stund etter at meldingen er sendt er det vanskelig å relatere den tilbake til selve meldingen. Dermed blir det kun enda en endring, og ikke en som kan relateres tilbake til avviksmeldingen.

Kunnskapssenterets ”I trygge hender” og deres tiltakspakker for pasientsikkerhet var et resultat av meldinger som var sendt fra forskjellige sykehus rundt i landet. Vi ønsket å undersøke hvor godt kjent tiltakspakkene var, og hvilken opplevelse de hadde av dem. Tiltakspakkene var det bare et fåtall av respondentene som hadde kunnskap om, eller var klar over. Ikke mange så på tiltakspakkene som en endring oppstått på bakgrunn av avvik som var blitt meldt. Ved spørsmål om de har en effekt sier en av dem:

”Ja, det får det. Avdelingene er med, kanskje ikke like mye, men man har valgt ut sine områder som man har jobbet med.”(Respondent nr 5)

Disse pakkene var med på å sette fokus på enkeltdele. En av respondentene mente at innføringen av dem var viktig, men det å innføre og få dem implementert var kun starten på at det ble en del av daglig drift.

”Ta bilen og sette på veien så er vi fornøyd. Vi må ha noen som kjører og sitter ved rattet og overvåker. Igjen så er det viktig at vi får det inn i hverdagen slik at det at vi følger dette. Så hjelper vi lite å implementerer en fallpakke hvis ikke de som skal screenes blir screenet”(Respondent nr 2)

Det han beskrev var at en ting er å si at vi skal implementere pakken, en annen ting er hvordan den ble brukt i det daglige. Men for at det skal bli gjennomført måtte man ha noen som holdt fokus på å opprettholde bruken av screeningen, og ikke minst hva som er hensikten med screeningen i seg selv, unngå fall med alvorlig skade:

”jo, det har vært utvikling og i tillegg så har alle sengepostene blir jo mindre av det nå, men tidligere utfordret på det at når de melder fall. Da har jeg en forventning om at i avviket så skrives det noe om pasienten er screenet, tiltak og hvis ikke det er gjort da hvorfor. De fleste har nå fått det igjennom og i fjor kunne de på en måte feire at de hadde 370 dager uten fall med alvorlig skade. Det er klart at det virker.”(Respondent nr 2)

Så påpeker han videre at de har fått implementert fallpakken, og har et godt resultat. Men så kommer utfordringen når man skal starte med nye pakker, klarer man da å holde fokus på fallpakken også:

”Så er det igjen det som er viktig da, fortsettelse, man har kjørt en bit med bilen og vi har fått resultatene. Slår vi av så er vi fornøyd, nei det skal kjøre videre. De skal ha opp på tavlen hver uke følge det opp, ha fokus, kanskje litt mindre nå enn tidligere da.”(Respondent nr 2)

En annen av respondentene som forbinder tiltakspakkene slik:

”de skjemaer som man fyller ut, ja ok. Jeg forstår det som om det er veldig mye ”papir knottelering” og skjema som fylles ut. Hadde vært fint å fått samkjørt noe da”.(Respondent nr 4)

En annen sier:

”pengene er ikke der for å gjennomføre alle endringene de ønsker. Ressursene når man kommer nedover i systemet strekker ikke til, det er bare brannsløkking noen ganger som blir gjort”.(Respondent nr 8)

Det som sies mellom linjene er at vi har kapasitet til å gjøre det som trengs og er påkrevet der og da. Når trykket og kravet om å levere på et bestemt område ikke er der lengre, så er det ikke kapasitet til å fortsette siden det da er nye krav som skal oppfylles og settes fokus på.

Å få en varig endring er arbeidskrevende og krever at man har stort fokus på området for å få det ordentlig implementert.

De aller fleste mener at *”systemet er blitt bedre, men det er vanskelig å si hva”* (Respondent nr 8). Dette viser at endring tar tid og kan være vanskelig å relatere til hva som var bakgrunn for endringen. Alle helsearbeiderne vi intervjuet mente at ressursene var mangelfulle. De var for få personer på jobb til å gjennomføre den jobben de var satt til å gjøre. I tillegg kom endringer som var kommet fra ledelsen, og som de følte at de ikke var blitt hørt på før man gjennomførte en endring som noen høyere oppe i systemet hadde foreslått, eller som en sier:

-”man kan bli motløs av mindre , altså det gjøres veldig mye god jobb, det er veldig mange kloke hoder på gulvet i klinikken, i alle arbeidsgrupper, sykepleiere og leger, som har, som ser hva som er problemet, og som har gode løsningsforslag til hvordan det kan ble bedre. Men så strandedet det på ett eller annet nivå. Ja. Også kommer det veldig mange endringsforslag ovenfra og ned, som man overhode ikke er fundert i klinisk erfaring, men som er.. dette er smart: dette har de gjort en annen plass, derfor kan vi jo også gjøre det”.(Respondent nr 3)

Det respondenten beskriver er at mange ganger tas det funksjoner, måter å jobbe på og løsninger fra andre organisasjoner. De har fått det til å fungere ut fra sin organisasjonskultur og struktur. Dette mener han at ikke alltid er overførbart til vår organisasjon. Det kan være vanskelig å få slike endringer implementert uten at man har ”primus motoren” på sykehuset.

5 Drøfting

I vår undersøkelse om åpenhet, fant vi flere faktorer som spiller inn og som påvirker meldekultur. Flere av disse finner vi kan ha en påvirkning på meldekultur og pasientsikkerhet. Sammen med våre funn i undersøkelsen og en teorigjennomgang drøfter vi dette videre. Vi har delt inn drøftingen i tre deler ut fra vår problemstilling

5.1 Meldekultur

I HRO står meldekultur sentralt som en av de fire hjørnesteinene i informasjonskultur, se figur 2. Spesialisthelsetjenesteloven §3.3 og 3.3 a (Statens Helsetilsyn, 2015) pålegger helsepersonell en plikt til å melde. I vår undersøkelse fant vi beskrivelser på hvordan nyansatte hadde det Weick (2007) forklarer som mindfulness. De var observante og meldte oftere en dem med lengre fartstid. Helsepersonellet med lengre fartstid gikk etter hvert over fra mindfulness til mindlessness med normalisering av feil og underrapportering, og der de opplever at rapportering ikke fører til endring (Weick, 2007). *”De som hadde vært her en stund, sier det skjer nå ikke noe allikevel. De hadde gitt opp. Jeg merker at jeg også begynner å komme dit” (Respondent nr 4).* Vi kjenner igjen fra Weick (2007) at det er utfordrende å beholde mindfulness over tid og aktivt melde store og små saker.

Weick (2007) la til grunn for å få en god meldekultur må alt meldes, fra de små ”ubetydelige” hendelsene til de mest alvorlige. Sari (2007) og Kaldjian (2008) beskrev blant annet underrapportering blant helsepersonell:

- Underrapportering på 86%
- Spesielt dårlig på hendelser som medførte skade

Alle respondentene beskrev underrapportering. Tre eksempler:

”Respondent (helsearbeider): mange på jobb på sykehuset sier at de kvier seg, og har mye høyere terskel for å melde.

Intervjuer: Også for de alvorligste hendelsene?

Respondent: Ja (Respondent nr 6)”.

”Intervjuer: er det mest alvorlige som blir meldt, eller en mix.

Respondent (Leder): det er en mix, ikke vært så mange i rød kategori, altså alvorlige sånn ”
(Respondent nr 5))

”Respondent (Leder): Men klart der det er alvorlige ting så er folk flinke til å melde”
(Respondent nr 7).

Om alle de alvorligeste uønskede hendelsene ble meldt, var oppfatningen delt. Vi så at det kunne være ulik oppfatning mellom helsearbeidere og ledere på om alle alvorlige hendelser ble meldt.

Forskningen gjort tidligere av Kaldjian (2008) synes vi å finne igjen i vår forskning, men det var delt mening mellom ledere og helsearbeidere som vi synes kom fram i intervjuene. Men, alle respondentene var enige om at underrapporteringen kunne være stor.

5.1.1 Meldesystemet påvirkning på meldekulturen

Meldesystemet gikk fra å være i papirform til å bli digitalt mellom 2009 og 2012. I starten var det mulig å lese alle avvikene som ble levert i egen avdeling, samtidig hadde man mulighet for å levere anonyme avvik. Denne muligheten for å være anonym bortfalt i 2012, fra da av fikk man kun mulighet som melder å lese egne avvik.

At meldesystemet ble elektronisk førte til en økning i antall meldinger, dette var forventet grunnet at tilgjengeligheten øker (Aase, 2015). Men samtidig hadde man ikke en fullstendig oversikt over hvor mange avvik som ble levert på papir tidligere. En av våre respondenter antok at mange av slike papiravvik havnet i en skuff, og forble i den skuffen uten at noe mer ble gjort. Ved å ha det digitale meldesystemet har man fått god oversikt. Her kan man se om meldingen enda ligger hos melder og ikke er sendt, til at man ser hvor langt meldingen er kommet i saksgangen og/eller blitt lukket. På denne måten får man ut god statistikk på meldingene, også om de er sent videre til kunnskapssenteret. Antallet meldinger har i Nordlandssykehuset hatt en økning fra 2010 da det var totalt meldt 90 saker, mens i 2015 var meldt 255 saker som var oversendt kunnskapssenteret og/eller helsetilsynet.

(Nordlandssykehuset HF, 2016, Nordlandssykehuset HF, 2011c). Dette var helt i samsvar med det Aase (2015) refererte til i sin bok. Men selv om man har en økning i antall meldinger, ser vi fra vår undersøkelse at ikke alt meldes som skulle vært meldt. Hvorfor det er slik vil vi videre drøfte her.

Utfordringer med det digitale systemet er forståelse for bruken av det. Det var kun en av lederne som gav uttrykk for at opplæring av de ansatte var sentralt for at man skulle ha en forståelse for meldesystemet, mens flertallet av helsearbeiderne i undersøkelsen vår mente det samme. Opplæring og implementering ble vektlagt av sykehusledelsen ved oppstart, men det kan se ut til at det har vært vansker med å oppnå en god implementering, eller at den videre opplæringen av nytilsatte har falt bort.

Blant respondentene fant vi at bruken av meldesystemet og utfordringer som for eksempel at programmet gir til dels store utfordringer for å melde. Meldesystemet skiller ikke mellom ”enkle hverdagshendelser” og alvorlige pasienthendelser, noe som respondentene uttrykte var en utfordring for melding av enkle hendelser. *”det er så mange ruter som du skal trykke i, og avmerking av bokser...og selv jeg gav opp mange ganger, for bare å sitte å lete etter hvordan man skal gjøre det...nei...det får bare være..”*(Respondent nr 1)

For Weick (2007) og HRO står meldekultur sentralt for å bygge en informasjonskultur. Det tydeliggjøres i beskrivelsen av at alt skal meldes, da selv små hendelser kan være sentrale for å avdekke større feil (Weick, 2007). Men det beskrives også en fare som kan oppstå i meldesystemer, det Weick kaller ”labeling”(Weick, 2007, s. 33). Det å sette merkelapper på hendelser i ett meldesystem kan føre til at melder blir usikker og velger feil, eller i verste fall ikke melder av overnevnte årsak. Hvilken kategori som skal brukes kan føre til feil prioritering videre i systemet (Weick, 2007). Sitatet over fra respondent 1 belyser problematikken med valg av kategorier som resulterte i en meldinger som ikke ble levert. Dette viser et komplekst meldesystem der det er mange valg og det kunne være stor sjanse for å melde feil.

I intervjuene fikk vi ikke klare svar på om opplæringen på meldesystemet ville ha noen effekt på antall meldinger. Men dette kom nok av at vi ikke spurte direkte om dette. Men en av respondentene som kom inn på temaet foreslo følgende:

”Hvis det kunne gått en avvikskonsulent rundt på sykehuset og spurt; hvordan har du det? Har du meldt noen avvik i det siste? Nei det ha jeg ikke.... Hvorfor det? Og funnet ut om det var noen enkle terskler som man kunne kakket bort, også, jeg bare vet ikke hvor jeg finner det.. jeg kan vise deg!”(Respondent nr 3).

Ønsket var en konsulent som var dedikert til jobben og hadde gode kunnskaper om meldesystemet. En slik funksjon kunne bidratt til større forståelse for systemet og hvilken type meldinger man kunne melde og hvordan. Dette samsvarer også med organiseringen på Virginia Mason Medical Center som Kaplan beskrev i sitt foredrag under pasientsikkerhetskonferansen 2016 (Kaplan, 2016). Flere av helsearbeiderne som ble intervjuet mente de manglet kunnskaper om hvordan meldesystemet fungerte, og spesielt hvilken type meldinger som skulle leveres. I WHO sine anbefalinger for hvordan et meldesystem for uønskede hendelser best skulle kunne fungere, var dette med hvem og hva som skal rapporteres sentralt (Aase, 2015). Hvis de ansatte ikke hadde kunnskap om hva og hvordan man leverte en melding, ville dette kunne ha påvirkning på meldekulturen.

I Sintef rapporten ”Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten” fra 2014 ble følgende elementer ansett som vanlige i et velfungerende rapporteringssystem for helsevesenet:

- *Hendelsene analyseres av en uavhengig organisasjon med tilstrekkelig kompetanse*
- *Tilbakemelding til melder gis raskt*
- *Det gis system rettede forslag til tiltak*
- *Virksomhetene er mottagelige for forslagene*
- *Melder kan ikke straffes på bakgrunn av meldingen*

(Lippestad, 2014)

Dette gjenspeiles i andre enden av organisasjonen der man har en større kontroll over hvilke avvik som blir meldt, når de er blitt meldt og om de har blitt lukket innen rimelighetens tid. Dette er noe man har oppe i styremøtene ved sykehuset med jevne mellomrom. Hvis det var steder som man hadde mange avvik liggende ubehandlet, blir man spurt hvorfor det er slik. På denne måten klarte man å holde et vist trykk på behandlingen av avvikene. Det er som en av lederne sier: ” i en travel hverdag blir jeg tvunget til å håndtere avvikene som kommer”(Respondent nr 1). Ved et annet sykehus i Norge hadde de valgt en annen løsning på hvordan sakene ble fulgt opp. Det var lagt inn en tidsfrist for ledere til å svare på meldingen før den automatisk ble flyttet til leder over leder. Dette skulle gjøre at man jobber med

avvikene forløpende. Ved sykehuset ønsket de at melderene skulle få en rask tilbakemelding (Hofstad, 2015).

Sammenlignet med Nordlandssykehuset fant vi at avvik kan bli liggende lenge til behandling. Dette er noe sykehusledelsen har fokus på gjennom rapporteringer til styret. Her rapporteres det på eldre avvik som ikke er lukket etter fire måneder (Nordlandssykehuset HF, 2015). Når man hadde et kontrollpunkt som ved OUS der lederne hadde en tidsramme på å svare opp avvik, fikk leder et press til å svare på avvikene. Dette kunne både være positivt og negativt. Det positive var at man fikk begynt behandlingen av et avvik raskt. Man hadde et fokus på behandling av de avvik som kom. Det negative var at man fikk et press på seg til å behandle raskt. Dette trodde vi kunne ha påvirkning på kvaliteten av avviket. Det er en hvis fare for at man overser viktige elementer, eller ikke tar seg tid til å sende på høringer til rette instanser. Både Nordlandssykehusets måte å løse dette på og OUS har sine positive og negative sider.

5.1.2 Tilgjengelighet

For å få melde et avvik i dag trenger man tilgang til meldesystemet. Gjennom vår jobb var vi kjent med at ansatte beskrev en mangel på datamaskiner på avdelinger og enheter. Denne beskrivelsen på manglende datamaskiner finner vi igjen i vår undersøkelse da respondentene beskrev at det var vanskeligheter med å få meldt nettopp på grunn av den manglende tilgangen på maskiner.

”Intervjuer: det at man melder avvikene elektronisk gjort at det er lettere å melde?”

Respondent: ikke sånn som det er nå, vil jeg si. Vi har ikke nok datamaskiner. Det har blitt enklere å melde når du er innlogget på maskinen, men ikke enkelt å få tid til å skrive avviket igjennom vekten.” (Respondent nr 4)

Weick (Weick, 2007) mente at en god fleksibilitet i systemet var viktig for at man skulle få systemet til å fungere, men hvis man da hadde liten eller ingen tilgang til å få melde avviket i systemet når hendelsen intraff, ble fleksibiliteten i systemet liten. Det ble en hindring for ikke å melde de avvik man burde meldt. På denne måten fikk man en usunn meldekultur. Men ut

fra tilbakemeldingene vi fikk fra respondentene, så vi at dårlig tilgjengelighet på datamaskiner fører til at det ikke ble meldt umiddelbart, men vi fant også at det heller ikke ble meldt senere. Vi så at tilgjengelighet på datamaskiner sto sentralt for å kunne melde. Både at de var tilgjengelig, men like viktig at maskinene ikke var i bruk av andre. Å melde i meldesystemet var noe som for de ansatte tok tid og var kompleks. De ønsker ikke oppholde en datamaskin da de viste det var mange som venter på å benytte den til for eksempel rapportering, epikriser, journalføring, rekvireringer, prosedyresøk, røntgen, blodprøver og telefonlister for å nevne noen. De overnevnte programmer på datamaskinene var viktige ledd i pasientsikkerheten, men det var også å melde i meldesystemet. En annen av respondentene underbygget denne mangelen på maskiner, og hvordan maskinene hadde mange ulike funksjoner som til sammen gjorde maskinene utilgjengelige. *”Det er alt for mye som skjer på data, også har man dips, mail, gat, personalportal og alt sånt”* (Respondent nr 3). Vi så at i en arbeidshverdag hvor mer og mer ble digitalisert, øker også behovet for tilgjengelige datamaskiner for å få tilgang for personellet.

5.1.3 Er de mindre alvorlige avvikene uvesentlige?

I en HRO organisasjon var meldinger om mindre alvorlige hendelser ansett som like verdifulle som de store mer alvorlige hendelsene. Dette siden hvert avvik var viktig og ble sett på som mulige varsel på en større hendelse (Weick, 2007). Flere av våre respondenter gav uttrykk for at hverdagslige uheldige hendelser var blitt en vane. Det ble derfor ikke sett på som nødvendig å melde hendelsen. En av respondentene som var leder sa at ansatte var redde for å bli oppfattet som masete. De ønsket derfor ikke skrive melding om det som føltes som en bagatell eller kanskje uvesentlig.

”Hvis jeg skal sende avvik når portørene ikke kan kjøre pasienten siden de er å kjører mat. Hvis jeg skal gjøre det hver gang vi ikke har portør så blir det ”maseavvik”. Det samme er også hver gang vi ikke har senger, så blir det ”maseavvik”, det blir jo flere ganger om dagen (Respondent nr 4).”

Dette var en av helsearbeiderne som sa i intervjuet med oss. At man sender mange avvik på et og samme problem eller tema ble oppfattet litt på samme måten av helsearbeidere og ledere. En leder beskrev det slik: *”Det som er når du skal sitte å jobbe med avvik, slik som jeg*

kjenner på det som leder, er at jeg blir irritert når det blir mas. Altså det må jeg bare ærlig innrømme” (Respondent nr 1).

Våre funn stemmer overens med HRO prinsippene til Weick som sier at for å få en god meldekultur må man ha toleranse og et oppriktig ønske om at alt skal meldes (Weick, 2007). Helsepersonellet i vår undersøkelse mente at det å melde var viktig, selv mindre alvorlige hendelser, men at de ikke meldte på grunn av manglende tilbakemelding og/eller tid til å melde. Helsearbeiderne beskrev et ønske om å melde, både alvorlige og mindre alvorlige hendelser. Bekymringen var å bli oppfattet som ”masete”. ”Med mitt navn på alle avvikene, så blir det jo jeg som er problemet” (Respondent nr 4). Denne oppfattelsen samsvarer med at gjentakende meldinger kunne bli oppfattet som masete av ledere. Vi så at underrapportering av mindre alvorlige hendelser forekommer blant ansatte, og at de kunne bli oppfattet som uvesentlige blant ledere. Denne kombinasjonen, også sett i lys av kapitlet om tilgjengelighet, kunne bidra til at mulighet for å forhindre mer alvorlige hendelser blir vanskeligere.

En av respondentene eksemplifiserte ett problem der en avdeling ikke fikk tak i senger til pasientene. Problemet ble løst, og løsningen fungerte i cirka to uker. Det kunne være flere grunner til dette, men den vi så på som mest nærliggende var at løsningen ikke ble stående på grunn av at den var besluttet på ledelsesnivå, og ikke blant de ansatte. En top-down styring slik Stacey (Johannessen, 2011) beskriver det. For at man skal få en varig endring sier Stacey (2011) at endringen og/eller utviklingen bør ligge blant de ansatte, og ikke hos ledelsen (Stacey, 2011). Vi kjente igjen problemstillingen der et problem er løst, men å gjøre endringen til en permanent endring synes å være utfordrende. I kapitlet vårt om meldekultur og pasientbehandling ble beskrivelsen om å kjøre bilen brukt, beskrivelsen og utfordringene passer også inn i denne problemstillingen. Var det arbeidspress og krav som gjorde at man ikke klarte å holde trykket på endringene. Eller var det på grunn av at endringene kom fra ledelse og var vagt kommunisert ned i organisasjonen og dermed ble pulverisert raskt.

Meldinger om de små og enkle avvikene, var det som en HRO organisasjon mente var viktig for å avdekke potensielt større hendelser på et tidligere tidspunkt. I en HRO organisasjon

brukte man mindfulness for å avdekke flere alvorlige hendelser før de fikk konsekvenser (Weick, 2007). I en slik organisasjon var rapportering og meldekulturen sentrale elementer for at man kunne stå sterkere for å håndtere alvorlige hendelser. De ansatte ble oppfordret til å levere meldinger og fikk belønning for å melde feil og nestenulykker (Weick, 2007). Dette var en stor motsetning til at man var redd for å melde meldinger med lavere alvorlighetsgrad i frykt for at man kunne virke masete på ledelsen.

Et økende antall meldinger var assosiert med en positiv pasientsikkerhetskultur (Hutchinson A, 2007). Det vi så i undersøkelsen var at helsepersonellet hadde et ønske om å melde avvik, men samtidig var det en frustrasjon over ikke å få behandlet avvikene. Her nevnte lederne tid og kapasitet som begrensende faktorer for å kunne håndtere meldingene. Helsepersonellet viser til samme faktorer, men i tillegg tilgjengelighet for å melde.

5.1.4 Arbeidspress, tidsklemme og meldekultur

Sykehuset har gjennom mange år vært gjennom ulike innsparinger og effektiviseringer. Det har vært ulike innsparingskrav og Nordlandssykehuset HF har bygget nytt sykehus i Vesterålen på Stokmarknes som sto ferdig mai 2014. Videre blir sykehuset i Bodø utvidet og pusset opp, planlagt ferdig 2018/2019. (Nordlandssykehuset HF, 2013)

Mange av respondentene våre beskrev travle dager, vakter med høyt arbeidspress og nedskjæringer på ressurser. Det som vi overraskende fant var hvordan alle respondentene, ledere og helsepersonellet, beskrev dette tidspresset og hvordan det påvirker meldekulturen negativt. På grunn av travelheten ble det ikke prioritert å melde. Helsepersonellet slik vi tolket dem, prioriterte pasientene og andre viktige arbeidsoppgaver knyttet til pasientarbeid. Etter en hektisk arbeidsdag var det liten vilje blant respondentene til gå overtid for å melde mer og eller mindre alvorlige hendelser i løpet av vekten. Tilgang til datamaskiner kunne ofte være minimale, og forhindrer mulighet til å melde. Under har vi tatt med noen av tilbakemeldingene som kom spontant fra respondentene i forhold diskusjon om meldekultur.

”jeg har ikke tid til å skrive journal notat på pasientene mine engang fordi det er så mange av dem.”(Respondent nr 3)

”...for de kan ikke sitte på overtid, eller vil ikke det. Skal de gjøre det neste dag de er på jobb så er det fullt kjørt hele tiden. Så blir det en tidsklemme rett og slett. Mange har dårlig tid til å gjøre det” (Respondent nr 5)

”når klokka er halv 4 så har du ikke lyst til å bruke en time på å skrive avvik, da har du lyst til å gå hjem når du har løpt hele dagen...så det har nok med at man er nedskjert til beinet” (Respondent nr 1)

”folk melder jo en del avvik, men det underrapporteres mye på grunn av travelhet. Det blir ikke prioritert, og man orker ikke sitte overtid for å skrive avvik” (Respondent nr 5)

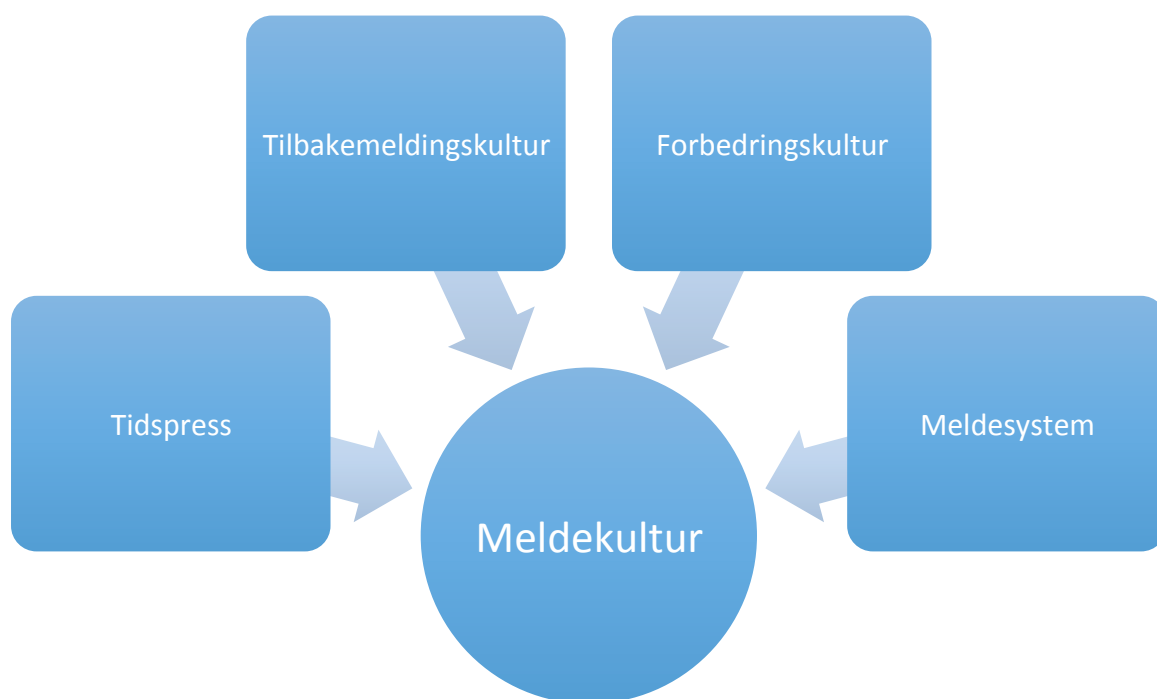
Å jobbe som helsepersonell på sykehus var forbundet med høye krav til nøyaktighet, kompetanse og vanskelige prioriteringer i pasientarbeidet. Sentrale funn vi mente kunne beskrive en dårlig meldekultur, fant vi i kombinasjonene travelt arbeid, varierende tilbakemelding på meldinger og problemene med implementering, gjennomføring og vedlikeholde endring. I vårt litteratursøk fant vi ikke noe litteratur som omhandler tidspress og meldekultur. Vi mener dette er et sentralt funn som og et tema som det bør forskes videre på.

For oss kunne det virke som når arbeidspresset ble for stor og tilgjengeligheten til systemet var liten kunne det være fristende å melde avvik utenfor det formelle meldesystemet. Dette kunne tar mindre tid siden det å ta en telefon til den det gjaldt var raskere og melderer fikk en opplevelse av endring med en gang. Et slikt eksempel viser vi til i avsnittet under:

”...hadde en kritisk syk pasient, og xxx avdeling brukt over to timer på å komme med ett svar, jeg måtte ringe å etterlyse svarene på denne pasienten, ...nei vi jobber så fort som vi kan. Det som de sier og som sikker er sant. Det er ekstremt dårlig prioritering, det er ingen prioritering på tilbakemelding av xxx svar. Og det har jeg snakket med den personen som kan fikse det, så vi er i en dialog om det.... hvis jeg skulle meldt avvik hver gang avdeling xxx ikke leverer innen frist, så måttet jeg levere 10 avvik om dagen...” (Respondent nr 3).

Utfordringer beskrevet i sitatet over ble løst slik vi tolker Stacey og CRP(Stacey, 2011). Mennesker interagerer og lærer på en uforutsigbar måte som ikke kan styres. Funnene våre kunne ses i sammenheng med funnene til Vincent (2007) og Kaldjian (2008). De fant høy andel av underrapportering og at meldesystemet kunne være overvurdert som grunnlag for å øke pasientsikkerheten.

Tidspress berører tre sentrale tema innen meldekultur; å melde, behandle og endre uønsket praksis. Endring må finne sted i mange ledd for å bedre begrensningen tidspress hadde på meldekulturen. Det må etableres rom for melding og bedring hvis meldesystemet skal ha noen reel effekt. Meldesystemets begrensede påvirkning på pasientsikkerhetskultur er beskrevet tidligere og tidspress vil kunne ytterligere påvirke i negativ retning, Fra ansatt til leder. Vi mener nøkkelen og ansvaret til forbedring av tidspressets ligger hos topledere.



Figur 6 Meldekultur

Figuren over beskrev det vi mente var sentrale funn i empirien som påvirket meldekulturen ved Nordlandssykehuset. Hvert av de fire funnene er belyst og drøftet.

Figuren belyste ikke hvordan de fire sentrale funnene hadde påvirkning på hverandre.

Vi har i figuren ikke tatt med hvordan de fire ulike funnene som påvirket meldekultur påvirker hverandre.

5.2 Åpenhetens påvirkning på meldekultur.

Med sykehusets skifte av ledelse i 2010, ble det gjort en endring av åpenheten rundt uønskede hendelser og hvordan de ble publisert ut til det offentlige. Ledelsen ønsket en større åpenhet om de uheldige hendelsene man hadde ved Nordlandssykehuset. En av respondentene beskrev at det var i 2010 at kvalitet og pasientsikkerhet ble satt på dagsorden av ledelsen. Det hadde blitt ivaretatt før, men nå tok ledelsen mer eierskap i det.

Respondentene våre var positive til den endring i forhold til åpenhet som kom med den nye ledelsen. Det respondentene hadde delte meninger om var hvorvidt det var positivt eller ikke å legge ut pasienthendelser på sykehusets hjemmeside. En respondent beskrev det slik:

”Jeg synes kanskje det som skjedde, når det gjelder åpenhet har slått meg. Det har skjedd kjipe ting etter det også, og da har man, hva skal man si, hatt en helt annen tilnærming. Hvilket uttrykk skal jeg bruke, jo, lagt seg flat når man har gjort feil, ikke forsøkt å skjule noe. Det tror jeg virkelig alle de ansatte har fått med seg, og det tror jeg alle de ansatte er stolte av. Jeg tror det å ha en ledelse som oppfører seg realt når man har ”driti” seg ut eller vært uheldig. Det tror jeg er viktig, absolutt”(Respondent nr 3).

At man var stolte over hvordan det responderes når det skjer uheldige hendelser er bra, og det står i trå med det som Lars Vorland skriver i sitt fredagsbrev 22. April-16: *“Jakt på syndebukker er forbudt”(Helse Nord, 2016)*. Det som er viktig er å få en offentlighet rundt det som skjer i sykehus, og å få forbedret systemet. Vårt inntrykk var at toppledelsen ikke oppfattes som en fare for åpenhetskulturen, men de som står de ansatte nærmest, som for eksempel enhetsledere og avdelingsledere. Dette var ikke en påstand som kommer direkte

frem av intervjuene, men noe vi får ett inntrykk av. Spesielt når enkelte sa at de ikke ønsket å meld enkelte type avvik, eller for mange avvik. Da kunne det bli melder som var problemet og ikke hendelsene.

Respondentene var ikke redde for konsekvenser fra toppledelsen når det ble meldt.

Usikkerheten om en melding ville få konsekvenser for melder, lå hos de ledere som var nærmest melder. Derfor må melder føle seg trygg, og at det å melde er positivt (Paulsen P.M.E., 2006). Weick (2007) beskriver gjennom "just culture" hvordan en bedrift bør håndtere meldinger på slik måte at ansatte føler seg trygge når de melder. Meldesystemet må være sanksjonsfritt for melder uansett alvorlighetsgrad (Weick, 2007, s. 131).

Sykehusets vinkling på meldinger, innholdet og ordlyden og hvordan media håndterer meldingene som legges ut, var noe respondentene følte seg usikre på. En av respondentene uttalte:

"Ja, og så ser man jo også når man bestemmer seg for å offentliggjøre dette, det er vel en side dette legges ut på, på sykehusets hjemmeside som viser den, så tenker jeg at man har ikke tatt høyde for hvordan dette blir håndtert av media. Og det har jeg jo sett grove eksempler på at det håndteres dårlig av media, og at det media kan ha svære oppslag som skremmer vettet av pasienter, hvor man har medisinsk kunnskap, så ser man dette kan jo være en ganske normal sak. For eksempel i fjor sommer eller året før var det et stort oppslag om at en pasient hadde fått så mye, en overdose med opiater, så han måtte ligge på oppvåkning, og det ble framstilt i media som at dette, her hadde sykehuset gitt en pasient overdose, nærmest tatt livet av pasienten, men i praksis så er det jo det vil daglig gjør på operasjon, og smertelindrende pasienter, det er jo derfor vi har oppvåkningen, det er jo en del av det som er normalt. Og så når da sykehuset offentliggjør dette og lar journalister som ikke egentlig er kvalifisert til å forstå hva dette dreier seg om, håndterer dette i media, så bidrar det til økt utrygghet i samfunnet i forhold til sykehuset, og det tar bort tilliten til folk, til helsevesenet, og det er meget skadelig. Så, jeg har sett flere eksempler på at den åpnes kulturen er rett og slett destruktiv i denne sammenhengen" (Respondent nr 5).

Her kom respondenten inn på det han mente var ulempen med åpenhetskulturen, da spesielt når en uheldig hendelse blir referert med en vinkling som ikke blir helt korrekt i forhold til den medisinske kalkulerte risikoen som eksisterer. Det som sto i media var ikke korrekt, og man kan sjeldent korrigere den konkrete saken. Sykehuset kan ikke offentliggjøre

taushetsbelagt informasjon. Respondentene var redde for at pasienter og pårørende får feil oppfatning av sykehuset basert på feilaktig informasjon presentert av media. Vi så at åpenheten gir noen utfordringene for sykehuset, her vil sykehuset, og helsevesenet få erfaring med håndtering da det vil være noe som følger med økt åpenhet.

Det å være åpen om hendelsen kunne være et forebyggende tiltak. Enkelte pasienter kunne synes åpenhet var bra, og de viste da om hen uønskede hendelsen. Ved at helsepersonellet var åpne om uønskede hendelser, kunne dette virke beroligende på pasienter og pårørende (Kaplan, 2016). Pettersen (2015) skrev at det eneste riktige helsevesenet kan gjøre er å være mer åpen. Ved å være mer åpen, fikk sykehusene større fokus på å få rettet opp feilene som har blitt gjort, og det kunne da bli større mulighet for at lignende hendelser ble unngått på et senere tidspunkt (Pettersen, 2015).

”Intervjuer: kan det å ha en åpenhetskultur, det å legge ut slike meldinger og fortelle om de uønskede hendelsene, kan det ha noen negativ effekt? Respondenten: -ehmm.....(lang pause) nei, tror ikke det. Man kan si at tillit til helsevesenet kan bli lavere, man kan si at selvtilliten til helsearbeidere blir påvirket, og alt sånn, jeg tror tilliten til det norske helsevesenet er uforholdsmessig høy, det er veldig bra at den er høy, fordi at det er et ok produkt vi leverer, og det har jo alltid vært der, og det har alltid vært ganske bra, og det har alltid vært gratis, så det er også noe å tenke på. Så derfor tror jeg tilliten er høy og kommer til å forbli høy, så jeg tror ikke noen større åpenhet vil legge mye sånn sett, kanskje, ja. Det kan til og med hende at det påvirker i positiv retning. Jeg greier ikke se noen ulemper (Respondent nr 3)”

Åpenhet kunne føre til at pasienter og pårørende får en økt tillit til helsevesenet (Leape L, 2009, Coombs, 2015). Det hadde vi selv erfart gjennom hendelser. Direkte åpenheten om hendelsen skapte tillit mellom helsearbeideren og pårørende. Dette resulterte i økt tillit til helsearbeideren i videre pleie. I dette tilfellet fikk det ikke alvorlig utfall for pasienten, da kunne tilliten vært annerledes. Rutinene på enheten ble gjort om slik at man senere skulle unngå nye hendelser. Potensialet til at det kunne blitt en stor krise var stor. Her ble hullene i systemet tettet raskt slik at man minsket faren for gjentakelse betraktelig (Weick, 2007).

Hvordan hendelsen blir ivaretatt i etterkant var viktig for hvordan melderens holdning til å melde ville bli fremover (Waring, 2005) Våre egne erfaringer tilsier at det å være åpen om uheldige hendelser og man selv har kontroll og kunne kvalitetssikre informasjonen som kommer ut, hadde god påvirkning på meldekulturen. Det er når man ikke har kontroll på informasjonen som kommer ut at man kan få negative reaksjoner i forhold til meldekultur.

Økt åpenhet til helsevesenet var en dreining i riktig retning mente vi, og mente å ha hold for dette gjennom tilgjengelig forskning og det inntrykket vi hadde gjennom intervjuene. Åpenheten var relativt nytt, og vi så det pågikk debatter om temaet både blant ansatte, ledere og i media om hvilket grad av åpenheten det skulle være. Åpenheten krever at ansatte som melder måtte være informert og trygge på hvordan ledere og sykehus vil håndtere meldinger. Denne åpenheten måtte være en aktiv prosess og følges tettere opp en det vi opplever det ble gjort. Ansvar for dette lå i alle lederledd ved sykehuset.

5.2.1 Lederens betydning i forbindelse med åpenhet blant ansatte.

Vår oppfatning gjennom intervjuene var at for de ansatte, handler åpenhet om å kunne stole på at ledere beskyttet den ansatte og selv tok ansvar når noe uønsket skjedde. Helse Nord direktøren beskrev i ett åpent brev viktigheten av å melde og at ”jakt på syndebukker er forbudt!”(Helse Nord, 2016). Sentralt for å få på plass dette, er lederen. Signalet Vorland sendte ut vitnet om et høyt fokus fra toppledelsen med klare forventinger nedover i Helse Nord organisasjonen til ledere og ansatte i alle helseforetakene. *”Lederne må gå foran og ha en god meldekultur høyt på dagsorden i den interne kvalitetsforbedringen.... Her er åpenhet og hvordan en håndterer en situasjon av største betydning.”*(Helse Nord, 2016)

Vi fant at flertallet av informantene var positive til at det var viktig at ledere tok ansvar for å bidra til åpenhet, gjøre de ansatte trygge og oppfordre til å melde. I NOU ”med åpne kort” ses det på sammenhengen mellom ledelse og helsepersonell, og at lederen hadde en viktig rolle for å bidra til rapportering. Spesielt nevnes toppledere og førstelinjeledere som viktig. Toppledere gjennom blant annet holdninger og tilrettelegging, førstelinjeledere gjennom å være tett på for å bygge kultur og ha oversikt over hvor pasientsikkerheten kan svikte (NOU 2015:11, 2015).

I en artikkelstudie om strategier for bedret pasientsikkerhet fant de noen holdepunkter for at ”leadership walk rounds” kunne ha påvirkning på pasientsikkerheten (Morello, 2011). En av lederne vi intervjuet hadde denne beskrivelsen:

”Der tror jeg faktisk de ser direktøren bryr seg om pasientsikkerhet, og bryr seg om personalet, selv om han nå ikke synes så mye i det daglige er han veldig opptatt av at de skal

ha det greit og at..så jeg tro at den runden (pasientsikkerhetsvisitt) også er med på å endre litt, hos de ansatte, at dette er forankret hos direktøren. Han tar det seriøst og det er en del av hele pasientsikkerheten..”

Vi fant at lederen spilte en sentral rolle for å bidra til positiv kultur gjennom samtaler og gjennom sine holdninger ovenfor de ansatte. Like viktig var hvordan lederen gjennom sin håndtering av meldinger bidro til åpenhet, som tatt opp tidligere. For de ansatte var behandlingstiden og om det skjedde en endring noe av det viktigste. I NOU ”Med Åpne Kort” gis det en føring på hvordan alvorlige uønskede hendelser skulle håndteres. God krisehåndtering kunne gjenkjennes ved fire punkter:

1. Hurtighet
2. Åpenhet
3. Beklagelse
4. Ansvar

(NOU 2015:11, 2015, s. 199)

Åpenhet handler om ledelse. Våre respondenter beskrev hvordan ledere både muliggjør og begrenser hvor åpne de ansatte var. Denne tilbakemeldingen fra våre respondenter synes vi understøtter viktigheten av en åpen og ærlig ledelse. Mer åpenhet blant de ansatte kunne føre til flere meldinger og større mulighet for å kunne oppdage og lære av feil.

For respondentene handlet åpenhet om anonymitet for melder. Å ha navnet sitt øverst på en melding ble av respondentene betraktet som belastende. Beskrivelser fra respondentene forteller at enkeltansatte hadde blitt trakassert eller trenert av kollegaer etter å ha meldt. Dette resulterte i at vedkommende i etterkant ikke ville melde. ”...de ønsker ikke å skrive avvik på grunn av de en gang tidligere har erfart at ”en yrkesgruppe” gjorde det vanskelig for dem...”(Respondent nr 1). Vi mener slike uttalelser underbygger at ansatte må føle seg trygge får å melde. Viktigheten av trygghet for å melde er beskrevet og nevnt lengre opp i oppgaven.

Åpenhet for å melde står sentralt for å lære av sine feil, og for å bedre pasientsikkerhet. Hvis meldinger står sentralt må det bygges opp rundt alle meldingens aspekter for å sikre at ansatte melder.

5.2.2 Læring mellom institusjoner, sykehus og internt.

Intensjonen med et meldesystem var å kunne registrere, behandle og lære av feil samt forhindre større mer alvorlige hendelser eller gjentakelser. Vi mente læringen burde skje intern, men også på tvers av avdelinger, klinikker, sykehus og helseforetak. Regionalt og lokalt skulle digitalisering av meldeordning bidra til dette. Nasjonalt var etableringen av kunnskapssenteret et slikt tiltak som skulle bidra til læring.

Respondentene våre var ikke overbevist om at meldeordningen eller kunnskapssenteret nevneverdig bidro til læring internt eller mellom institusjoner.

”jeg tror ikke vi er god på den kulturen, endringskulturen, for å få ting bedre ut fra avvikssystemet, overhode ikke. Og det tror jeg rett og slett ligger i det at behandlingen av avvik ikke ligger på rett plass.”

Respondentene presenterer ulike muligheter til hvorfor det ikke lykkes bedre med forbedringsarbeidet, dette kunne ha sammenheng med at forbedringsarbeid og læring var kompleks og var avhengig av mange ulike faktorer. Beskrivelsene kjenner vi igjen fra kompleksitetsteori og CRP (Stacey, 2011). De hendelser som hadde fått størst fokus, var de der endringen også var mest synlig for respondentene. *”... de topp fem tingene (pasienthendelser) som har skjedd ved dette sykehuset siste 7-8 årene har man utvilsomt tatt tak i, men det er jo, hva skal man si, snøballen som ligger på toppen av isfjellet”*

Sykehusets evne til å lære av hendelser ble av respondentene ikke beskrevet som god.

Vi kunne sette dette i sammenheng med tilbakemeldinger fra respondentene om underrapportering av hendelser, og at ledere i en travel hverdag hadde utfordringer med å håndtere meldingene. Like stor var utfordringen med å endre eller implementere endringer som kan føre til forbedring.

Ett eksempel som beskriver hvordan prosjekter påvirker sykehuset svikt i evne til å lære fant vi i styresak 83/2013, styresaken forklarte et økt antall ikke behandlede meldinger med høyt arbeidspress hos frontlinjeledere. Forklaringen passet også inn i vårt kapittel om arbeidspress, tidsklemme og meldekultur (Nordlandssykehuset HF, 2013).

Om forbedring og læring på tvers av helseforetak og gjennom kunnskapssenteret opplevde respondentene og at endringen var begrenset. Respondentene beskrev at endring var tidkrevende men regnet med at det ville komme.

”Intervjuer: Har du merket noen endringer etter at de gikk til kunnskapssenteret?”

Respondent: Nei, jeg tror nok enda det er for tidlig til at det, jeg kan ikke si at jeg selv har merket noen endring direkte, men jeg vil jo tro at det ligger i systemet her nå. Når var det? Ett- ett ½ år siden? 2012?” (Respondent nr 1)

Ut fra respondentenes tilbakemeldinger sett i lys av meldeordningens intensjon var ikke målet om læring oppnådd slik en ønsket (Nordlandssykehuset HF, 2010). De fleste respondentene var positive til at det vil skje en forbedring og at det vil ta tid, så de ansatte og ledere har tro på at systemet skal fungere.

Hvordan den manglende læringen ble opplevd, fikk vi en beskrivelse av hos en av respondentene.

”For eksempel at man ikke gir furix på lungeødem det visste ikke jeg. Det er ikke noe man har fått inn i prosedyre, og det er ikke enkelt å endre i en prosedyre har jeg skjønt, og få det ut.

Du vet ikke om det er noe som den ene legen mener eller at det er noe som

Nordlandssykehuset mener. Det hadde vært greit å vite” (Respondent nr 4).

Hvordan ending av prosedyrer og praksis skjedde gjennom sykehusets styrende dokumenter er noe vi ikke hadde valgt å se på i denne oppgaven. Sitatet over beskriver hvor hurtig endring skjer i det kliniske pasientarbeidet, men hvor lang tid endringen tok gjennom systemet, systemet her forstått som endring i prosedyre som er tilgjengelig for de ansatte. Weick beskrev dette som å lære gjennom å se ”best practice” (Weick, 2007) Denne typen læring kan

også forstås som butom-up da den ikke har gått veien gjennom sykehusets system for forbedring (Johannessen, 2011).

5.2.3 Åpenhets- og meldekulturens påvirkning på pasientsikkerhet.

Et av de sentrale spørsmålene i vår oppgave gikk på hvorvidt pasientsikkerheten blir bedre av åpenhets- og meldekultur. Vår erfaring var at respondentene ikke hadde inntrykk av at den økte åpenheten hadde økt effekt på pasientsikkerheten. Vårt inntrykk er at publisering av pasienthendelser, eller rapportering av hendelser, hadde liten påvirkning på pasientsikkerheten. Selv om respondentene ikke så noen endring på pasientsikkerheten, tolket vi at alle hadde tro på at pasientsikkerheten ville bli bedre av økt åpenhet, men at dette ville ta tid. De var også ganske samlet om at åpenhets- og meldekultur var noe positivt som kunne bidra til bedret pasientsikkerhet. Respondentene gav oss et inntrykk av at åpenhet og meldekultur var noe som på sikt vil bedre pasientsikkerheten.

”Intervjuer: hva tror du kan bidra til økt pasientsikkerhet?”

Respondent: Det er dette at du har rom for å prate innad, ikke at det skal komme ut i VG eller AN. Det er at vi kan være åpen innad. Når det er gjort feil, systemfeil eller de følge feil som har vært i en hendelse.” ... ”... om ikke på systemnivå, så tror jeg at folk har fokus og ønsker å gjøre en så god jobb som mulig. Men system arbeid er jo viktig, fordi når så mange individer jobber sammen, så er man avhengig av at noen jobber med system, for å ta bort system feilene, for systemfeil får man ikke gjort noe med som individ. Med pasient sikkerhets arbeid og fokus på det., vi jobber systematisk med det”(Respondent nr 6).

Forskning viste at meldekultur var viktig, men at den kunne være overvurdert og alene ikke oppdaget risiko eller bidro til økt pasientsikkerhet, (Sari et al., 2007, Vincent, 2007).

Dette sammenfalt med våre funn. Underrapportering ble beskrevet av alle respondentene som en stor utfordring for meldekulturen. Et eksempel på underrapportering fikk vi fra en av våre respondenter ”*jeg kunne meldt 10 avvik pr vakt*” (det må tas med at det ikke ble meldt noen

avvik på denne vekten av respondenten). Underrapporteringen fant vi igjen i forskning av Kaldjian (2008) ved at han refererte til at det oppdages mange flere feil en det leveres.

Våre funn tyder på at det er en underrapportering og sett i sammenheng med forskningen av (Hutchinson (2007, Kaldjian, 2008), det var sammenheng med våre funn og at respondentene ikke opplevde en bedring av pasientsikkerheten . Hvis ledere ikke fulgte opp meldingene, bidro dette ytterligere til negativ påvirkning av underrapportering. Gjennom respondentene fant vi at det kunne være en sammenheng mellom at meldere ikke får svar, svar tar lang tid og at det ikke meldes. Vi fant også eksempler på at helsepersonell med lang fartstid gav opp å melde, da de hadde erfart at de ikke fikk svar på meldinger, eller at det ikke nyttet å melde siden det ikke skjedde noen endring.

I pasientsikkerhetskulturundersøkelsen (PSKU) fra 2014 (Nordlandssykehuset HF, 2014a, Helse-Nord, 2015) kom det fram at mange ansatte syntes det var vanskelig å diskutere feil ved Nordlandssykehuset. Videre tolket vi at våre funn på underrapporteringen mulig kunne ses i sammenheng med PSKUs funn på dette punktet.

Figur 4 viser resultatene fra Nordlandssykehuset i PSKU undersøkelsen. Sett i lys av våre respondenters opplevelse kunne vi se mulige sammenhenger. De tre spørsmålene som Nordlandssykehuset kom dårlig ut på i PSKU undersøkelsen (Nordlandssykehuset HF, 2014a) tror vi kunne ses i sammenheng med respondentenes opplevelse av manglende tilbakemelding og oppfølging av meldinger. Spørsmålene var ” *Sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten*”, ” *Det er vanskelig å diskutere feil her*” og ” *Jeg får passende tilbakemeldinger om arbeidet mitt (korrekt, tilstrekkelig og fra rett person*”. På første spørsmålet om pasientsikkerhet, kunne dette ses i sammenheng våre respondentenes opplevelse av at de ikke opplevde forbedring av pasientsikkerheten. Deres opplevelse av manglende tilbakemelding på meldinger, kunne knyttes til spørsmålet om ”sykehusledelsen gjør aldri noe som de vet kan gå ut over pasientsikkerheten” og ”det er vanskelig å diskutere feil her”.

Svarene i undersøkelsen kan også tolkes ut fra informasjonskulturen som står sentralt for å bygge en HRO (Weick, 2007). To av subkulturene i informasjonskulturen var rapportering og

læring. Å bygge en informasjonskultur står sentralt i HRO for å bygge sikkerheten i en organisasjon.

På vårt forskningsspørsmål om pasientsikkerheten blir bedret av økt åpenhet, er svaret at vi ikke kan finne noen økt pasientsikkerhet.

5.3 Blir pasientbehandlingen endret av meldinger som leveres?

Det kunne være vanskelig å se endringer i sin egen organisasjon når man selv jobber i systemet. Derfor var det ikke overraskende at respondentene våre hadde vanskeligheter med å komme med konkrete beskrivelser av meldinger som hadde ført til endring i pasientbehandlingen. Fra man meldte et avvik til en endring skjedde ville det kunne ta tid og endringen kunne være gradvis. På bakgrunn av tidsperspektivet kunne det være vanskelig å se om meldingen hadde ført til endring eller ikke.

Vi så at endring innad i egen enhet kunne være lettere synlig en endring av mer kompleks karakter der flere enheter og eller klinikker var involvert. Dette ville kunne ha noe å si for hvor raskt en endring kunne inntreffe. Hvis endringen kun skulle skje innen en enhet, var det enklere å gjennomføre den. Det kunne redusere behovet for lange høringsrunder, og kun berøre en relativ homogen gruppe. Dette gav en av respondentene våre ett eksempler på:

” Vi har jo dette med bipap (pustemaskin som hjelper pasienter med pustevansker), vi har jo en teoretisk gjennomgang på kursdag, men vi opplever ofte at de er feilkoblet. Det de må gjøre nå er at de må gå gjennom oppkobling, de må vise det før de er godkjent for å ha slike pasienter. Så får vi se til neste år om de kan komme i gang med case, slik at de kan sertifiseres på bruken av bipap. Jeg tror det er mer og mer slikt vi blir å gjøre med opplæring i en del utstyr” (Respondent nr 7).

Her viste respondenten til en konkret endring som ble utført slik at pasientbehandlingen ble sikrere. Dette ved å endre på opplæring, og de hadde en strategi for å videreutvikle pasientsikkerheten. Ved at de også hadde en plan for videre oppfølging, kunne dette være et eksempel der endringen kunne bli varig. Dette viser at å melde fører til debatt om svakheter i opplæring, som igjen fører til endring og forbedring av praksis og dermed bedret pasientsikkerhet (Weick, 2007).

Når vi spurte respondentene som jobbet i en enhet hvor endring også påvirket andre klinikker og enheter, ble det å kunne referere til konkret endring vanskelig. Fra meldingen til endring kunne det gå lang tid. Hvorfor endring over flere klinikker eller enheter tok lengre tid, kunne forstås som økt kompleksitet ved at flere var involvert. Ut fra CRP kunne endring skje gjennom prosessene med deltagelse fra de involverte enhetene og/eller klinikkene (Stacey, 2011).

Tidspress ble angitt av alle våre respondenter som årsak til underrapportering. Manglende besvarelse av avvik og oppfølging av endringer i etterkant. Spesielt oppfølgingen i etterkant ble beskrevet av respondentene å ta lang tid, eller ble borte i alt som skjedde i organisasjonen. En av respondentene som var ledere sa:

”Melderer får ett svar, men du som leder får ikke implementer endringen ut i enheten, det å få løst avviket. Så er det masse du legger planer om, dette må jeg huske, og dette må jeg huske. Også har det plutselig gått to år” (Respondent nr 1).

Her ble det tegnet et bilde av at respondenten ikke fikk utført endringen siden det var mange andre prosjekter og krav i organisasjonen. Dette samsvarte med styresaken fra 2013 som anga antall prosjekter som årsak til økt antall åpne avvik (Nordlandssykehuset HF, 2013).

Endringer skjer, og en ny endring kunne komme oppå den endringen som allerede er kommet, siden den ikke fungerte optimalt. Som en av lederne sa:

”Hvis man bruker begrepene slik jeg er vant med å gjøre at nå prioriterer vi de tre områdene i år. Det betyr ikke noe at vi ikke bryr oss om de andre. Men de tre har vi ekstra fokus på i år. Mens opplever litt at i helsevesenet, at, ja det kan man se, ikke bare en opplevelse. Se på alle de nasjonale kvalitetsindikatorerne og lokale, det er ganske mange av dem. Skal man ha fokus på alle dem, er spørsmålet om det er mulig å ha fokus på alle dem. Kan man prioritere alle? Det er som du sier at det er ikke det at ting vi gjør er dårlig. Og at vi ikke har gode ideer og tanker om mange av det som kommer. Og mye av det som kommer er bra. Det er det at totaliteten blir stor, så blir det vanskelig å ha fokus på alt” (Respondent nr 2).

Vi så at ved å ha fokus på alle krav til rapportering, målinger og kvalitetsindikatorer kunne de samlede krav stå i fare for å bli uoverkommelig for sykehuset og for den enkelte klinikk eller enhet. Respondenten beskrev at tidsbruken for å gjennomføre alle disse kravene var store og nesten uoverkommelig. Videre var kompleksiteten i håndteringen også av en slik størrelse at den gikk ut over gjennomføringsevnen.

De som laget de forskjellige pakkene var konsentrert om hver enkelt pakke, og så på pakkene som mindre endringer som gjøres. utfordringer var å se samlet på den totale mengden endring som skjer samtidig, nye typer pasientmottak, nye prøvemaskiner og nye rutiner. Den ene lille overkommelige endringen som blir laget på toppen av systemet, blir ikke så liten når man så alle endringer under ett (Weick, 2007). Tidspresset for å få gjennomført de forskjellige endringene ble stort og kunne ta vekk fokuset fra å melde.

5.3.1 Top-down og bottom-up i forbedringsarbeidet.

Beskrivelsene nevnt over og tidligere fra respondentene var med på å underbygge at forbedringsarbeid og læring var svært kompleks.

Paradokset virker være at både for lite og for mye kan gi liten eller negativ effekt. For mange føringer på hva som er kvalitet, målinger og satsningsområder ned til det enkelte sykehus og enhet kan for topledere føles mer hemmende en hjelpende. En leder blant respondentene følte han ikke fikk gjort det forbedringsarbeidet han så trengtes for å bedre pasientsikkerheten på grunn av alle føringene som ble pålagt. Denne top-down styringen, fra departement som vi fikk beskrevet blant respondentene, finner vi igjen på helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside der det sto;

”Departementet styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom et omfattende lovverk, årlige bevilgninger og ved hjelp av statlige etater, virksomheter og foretak.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

For lite føringer og styring over sykehusene kunne føre til uønsket variasjon i kvalitet og pasientsikkerhet. Respondentene så hvor de lokalt hadde utfordringer knyttet til pasientsikkerhet, men hadde ikke tid eller resurser til å gjennomføre de interne endringene på

grunn av det pålagte. På samme måte som top-down, vil bottom-up ha lignende effekt ved at for liten tilbakemelding gjør at ledere ikke for oversikt og kunne forebygge eller endre uheldig praksis (Johannessen, 2011). For mange meldinger kunne også, som beskrevet tidligere, oppleves som mas og viktig informasjon kunne på denne måten blir borte i mengden.

Sitatene under var hentet blant de som var ledere i undersøkelsen, vi synes de beskrev paradokset med for liten og eller for stor styring. Hvorfor det var vanskelig å på eget initiativ starte forbedringsprosjekt.

”Så det trenges nok ei viss styring over sykehusene, de lever veldig fritt og bestemmer selv hva de skal drive med. Også har det vist seg at det ikke har fungert” (Respondent nr 1).

”... du får jo tallene på bordet ,det blir veldig åpen og det blir veldig synlig det vi gjør, og det gjør det vanskelig å sitte som leder når du får så mange styringer fra oven, du får ikke lede den retning... du blir veldig styrt og du blir mer en administrator enn en leder. Så du sitter og administrer disse pålegg og lover som kommer. Og det tror jeg for mange leder, i alle fall toppledere er veldig vanskelig.” (Respondent nr 1)

”du ser der du burde ha vært og gjort endringer, det får du ikke tatt tak i.” (Respondent nr 1).

Blant helsepersonellet i undersøkelsen fant vi igjen litt av samme frustrasjonen. Sitatene under er hentet fra de refleksjoner respondentene hadde rundt forsøk på endring i en avdeling.

”vi har fått litt ansvaret for å si hva vi tror vi skal endre, også foreslår vi det, også hører vi ikke noe mer... Også kommer det veldig mange endringsforslag ovenfra og ned, som overhode ikke er fundert i klinisk erfaring, men som er.. .”dette er smart...dette har de gjort en annen plass, derfor kan vi jo også gjøre det”” (Respondent nr 4).

Våre funn er knyttet opp til at respondentene ikke syntes pasientsikkerheten var blitt bedre. Morello(2011) konkluderte med at det var lite som tyder på at pasientstrategier gir varig endring av pasientsikkerhetsklime. Alle respondentene i undersøkelsen hadde ett felles ønske og mål: økt pasientsikkerhet. Men som beskrevet tidligere av en respondent, ligger lojaliteten oppover i systemet, og tilbakemeldingene fra frontlinjepersonellet hadde ikke stor nok gjennomslagskraft til å nå fram. Å lytte til ”maintenance personell”, frontlinjepersonell, er viktig da det var disse som kjente systemet, så feilene og forbedret organisasjonens evne til å lære og unngå alvorlige hendelser. Ved ikke å verdsette og ta vare på dette, vil bedriften eller

organisasjonen mangle et sentralt element for god sikkerhetskultur, i følge Weick (Weick, 2007, s. 48,49)

6 Avslutning og konklusjon

Temaet for vår oppgave var: ”Åpenhet rundt uønskede hendelser i sykehus, påvirkning på meldekultur og pasientsikkerhet”. Vi brukte følgende problemstillinger:

Hvilken påvirkning hadde endring av åpenhet rundt melding påvirkning på endring av pasienttilbudet/behandling?

- *Hva kjennetegner meldekulturen i Nordlandssykehuset?*
- *Bidro økt åpenheten rundt meldinger til en endring i meldekulturen?*
- *Førte endring av meldekulturen til endring av pasientbehandlingen?*

Nedenfor er våre konklusjoner for hvert av disse tre punktene og avslutningsvis svarer vi på hovedproblemstillingen.

6.1 Meldekultur

Respondentene ønsket en god meldekultur, men muligheten for å melde ble begrenset av ulike faktorer. Faktorene som kom fram tydeligst var tidspress, meldesystemet, tilgjengelighet til meldesystemet og bekymring for sanksjoner.

Utfordringer knyttet til meldesystemet var et sentralt funn. Brukervennlighet og tilgangen til systemet var begrensninger som kunne føre til at meldinger ikke ble levert.

Et annet viktig funn var tidspress. Alle våre respondenter beskrev at arbeidspress og mangel på tid påvirket meldekultur. Disse to påvirket både det å melde og behandlingen av meldingene.

For lederne var det viktig at det å melde ikke skulle være forbundet med sanksjoner. Dette var like viktig for helsearbeiderne. For dem var det i tillegg viktig at de opplevde støtte fra nærmeste ledere. For helsearbeiderne var det i tillegg viktig å få svar og støtte på meldingene de leverte.

Vi fant at ved Nordlandssykehuset er ønsket om en god meldekultur tilstede. Vi mener ledelsen står sentralt i meldekultur. Dette siden det er lederen som må spre tryggheten til å melde ut til de ansatte. Lederen bør også tilrettelegge for at det å melde skal være gjennomførbar. Samtidig bør den enkelte ansatt ha et ønske om å melde.

6.2 Åpenhet og meldekultur

Økt åpenhet og offentliggjøring av pasienthendelser var respondentene positive til. Det respondentene var skeptiske til var prosessene knyttet til offentliggjøringene. Ivaretagelsen av de ansatte som var involvert i sakene som ble offentliggjort, var viktig for helsearbeiderne. De ansatte og til dels lederne savnet en mer helhetlig plan rundt offentliggjøre av hendelser.

Respondentene var usikker på om åpenhet bidro til å gjøre at pasientsikkerheten blir bedre. Og de var bekymret for at pasientene ble skremt. Årsaken til dette var at media stort sett offentliggjør de negative hendelsene, sjelden de positive, på denne måten kunne pasientene bli unødig skremte.

Vi mener at de ansatte (melder) bør involveres i større grad i prosessene rundt åpenhetskulturen, spesielt opp mot offentliggjøring av pasienthendelser. Trygghet og åpenhet rundt offentliggjøringen tror vi kan bidra til bedring av meldekultur hos de ansatte.

6.3 Endring på bakgrunn av meldinger

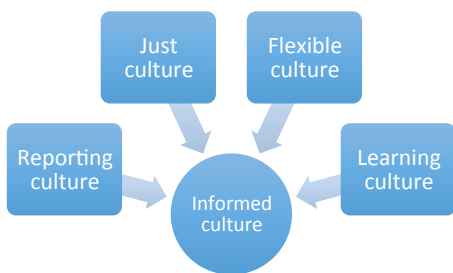
Respondentene opplever at det har skjedd lite, kortvarig eller ingen endring som følge av meldinger. Vi tror dette kunne ha sammenheng med tidkrevende prosess og endring tar tid. Fra melding ble levert til endring kunne tidslinjen være lang. Det kunne derfor være vanskelig å se at endringer kom som et følge av melding.

Saksbehandlingsprosessen bør være på en slik måte at det føles verdifullt å melde. For de ansatte ligger verdien i at de ble hørt, fikk en tilbakemelding, og en eventuell endring. De ansatte bør bli verdsatt for å melde.

6.4 Hvilken påvirkning hadde endring av åpenhet rundt melding påvirkning på endring av pasienttilbudet/behandling?

Etter Nordlandssykehuset endret på åpenheten rundt meldinger, kunne vi ikke ut fra vår undersøkelse, finne at respondentene hadde en opplevelse av endring eller bedring av pasienttilbudet eller behandling. Respondentene var også usikre på om det var noen bedring av pasientsikkerheten. Helsearbeiderne savnet i tillegg en tydelig ledelse på at det å melde var trykt og ikke kunne medføre sanksjoner, ingen jakt på syndebukker.

Vi brukte James Reasons ”Informed Culture” som beskrev hva som burde ligge til grunn for en organisasjons forsvar mot uønskede hendelser. Når vi sammenlignet Nordlandssykehuset med James Reasons ”Informed Culture”, fant vi at sykehuset hadde ulike utfordringer knyttet til de fire subkulturene.



Vi samlet det som ut fra våre funn var hovedutfordringene for Nordlandssykehuset sett opp mot Reasons ”Informed Culture”:

- Tilbakemelding på meldinger,
- Tilgjengelighet til meldesystem
- Tidspress
- Tydelig ledelse på at ”jakt på syndebukker er forbudt!”

Endring av åpenhet rundt uønskede hendelser virket ikke å ha påvirkning på Nordlandssykehusets pasienttilbud/behandling, ut fra våre funn.

6.5 Anbefalt videre forskning

Ut fra funnene vi fant ser vi mulighet for flere problemstillinger:

- Vi mener et interessant tema å forske videre på, vil være hvordan arbeidspress og tidspres påvirker meldekultur.
- En analyse av implementeringsprosessen fra melding til endret praksis ved hele sykehuset hadde vært en spennende problemstilling å forske på.
- Medias påvirkning på åpenhetskulturen.
- Fordeler og ulemper med et åpent eller lukket meldesystem.
- Å kryssjekke meldte uønskede hendelser med GTT (Global Trigger Tool, journalsøk etter uønskede hendelser) kunne vært et spennende utgangspunkt for en oppgave.

7 Litteraturliste

Berwick, D. M. et al. (2006) The 100000 Lives Campaign: Setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, 295 (3), s. 324.

Cappelen, K. (2015) Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I: *Pasientsikkerhet, Teori og praksis*. Universitetsforlaget, s. 87-97.

Colla, J. B. et al. (2005) Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*, 14 (5), s. 364.

Coombs, W. T. (2015) *Ongoing crisis communication : planning, managing, and responding*. 4th ed. Los Angeles, Sage.

Etikkom. (2010) *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder-likheter og forskjeller*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/1-kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>> [Lest 09.01].

Fung, C. H. et al. (2008) I.(Improving Patient Care)(Report). *Annals of Internal Medicine*, 148 (2), s. 111.

Guillod, O. (2013) Medical Error Disclosure and Patient Safety: Legal Aspects. *Journal of Public Health Research*, 2 (3).

Helse Nord. (22.04.2016 kl 09.012016) *Vi skal lære av feil, derfor må vi melde (fredagsbrev fra direktøren i Helse Nord)*. [Internett]. helse-nord.no. Tilgjengelig fra: <<http://www.helse-nord.no/direktorens-fredagsbrev/vi-skal-lare-av-feil-derfor-ma-vi-melde-article138906-1109.html>> [Lest 22.04.16].

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016) *Beskrivelse av Helse- og omsorgsdepartementets oppgaver*. [Internett]. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <<https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>> [Lest 050516].

Helse-Nord. (06.05.20152015) *Styresak 70-2015/3*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.helse-nord.no/styredokumenter-2015/category39980.html?categoryID=39980&37915mmaoffset=100>> [Lest 08.05.16].

Hofstad, E. (2015) Liten nytte av å melde avvik. *Sykepleien*.

Howell, A. e. a. (2015) Can Patient Safety Incident Reports Be Used to Compare Hospital Safety? Results from a Quantitative Analysis of the English National Reporting and Learning System Data.(Report). 10 (12).

Hutchinson A, e. a. (2007) Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. *BMJ*, (18), s. 5-10.

Isaksen, B. (2010) *Tre utfordrende aspekter ved forskningsintervjuet*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.academia.edu/1019251/Tre_utfordrende_aspekt_ved_forskingsintervjuet> [Lest 08.01].

Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Kristiansand, Høyskoleforl.

Johannessen, S. O. (2011) *Myter og erfaringer om ledelse : et kompleksitetsperspektiv*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Kachalia, A. (2013) Improving Patient Safety through Transparency. *The New England Journal of Medicine*, 369 (18), s. 1677-1679.

Kaldjian, L. C. e. a. (2008) Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals.(Survey). *Archives of Internal Medicine*, 168 (1), s. 40.

Kalra, J., Kalra, N. & Baniak, N. (2013) Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care. *Clinical Biochemistry*, 46 (13-14), s. 1161-1169.

Kaplan, G. S. (2016) Norway, Regional Patient Safety Conference.

Karina Aase, S. W. (2015) Læring og uønskede hendelser. I: *Pasientsikkerhet, Teori og praksis*. Universitetsforlaget, s. 98-112.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000) *To Err Is Human : Building a Safer Health System*. Washington, National Academies Press.

Kommunikasjonsforeningen. (24.02.2016/2014) *Heder til sykehusene*:

Ebbesen og Vonen vant Åpenhetsprisen. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.kommunikasjon.no/bransjen/nyheter/ebbesen-og-vonen-vant-%C3%A5penhetsprisen>> [Lest 28.02].

Kunnskapssenteret. (2007) *Pasientsikkerhet i sykehus - kunnskap eller kampanje*.

Kunnskapssenteret. (2016a) *Induktiv Deduktiv*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://kunnskapssenteret.com/induktiv-deduktiv/>> [Lest 08.01].

Kunnskapssenteret. (2016b) *Kunnskapssenteret, kvalitet og pasientsikkerhet*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>> [Lest 16.03].

Leape L, e. a. (2009) Transforming healthcare: a safety imperative. *BMJ Quality & Safety*, 18, s. 4.

Lippestad, J. W., Melby, L., Kilskar, S. S., Øren, A. (2014) *Evaluering av meldeordningen om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. 978-82-14-05791-1. <http://www.sintef.no>. [Lest 21.04.2016].

Meld. St. 10. (2012) *God kvalitet - trygge tjenester*.

Meld. St. 11. (2013) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*,.

Meld. St. 12. (2014) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*. Meld. St. 12.

Morello, T. R. e. a. (2011) Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *gruop.bmj.com*, (22), s. 11-18.

Nilssen, V. L. (2012) *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Oslo, Universitetsforl.

Nordlandssykehuset HF. (2010) Styresak 42/10. nordlandssykehuset.no.

Nordlandssykehuset HF. (26.01.20112011a) *Direktørene går visitt*. [Internett]. [nordlandssykehuset.no](http://www.nordlandssykehuset.no/pasientsikkerhet-og-kvalitet-ved-nlsh/direktorene-gar-visitt-article81841-26309.html). Tilgjengelig fra: <<http://www.nordlandssykehuset.no/pasientsikkerhet-og-kvalitet-ved-nlsh/direktorene-gar-visitt-article81841-26309.html>> [Lest 23.03].

Nordlandssykehuset HF. (23.02.162011b) *Melding om uønskede hendelser*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.nordlandssykehuset.no/meldinger-om-uonskede-hendelser/category27628.html>> [Lest 27.02].

Nordlandssykehuset HF. (2011c) Styresak 4/2011. nordlandssykehuset.no.

nordlandssykehuset HF. (30.06.20112011d) *Styret mer inn på banen*. [Internett]. Nordlandssykehuset.no. Tilgjengelig fra: <http://www.nordlandssykehuset.no/pasientsikkerhet-og-kvalitet-ved-nlsh/styret-mer-inn-pa-banen-article86052-26309.html> [Lest 23.03].

nordlandssykehuset HF. (26.01.112011e) *Undersøker sykehusdødelighet*. [Internett]. nordlandssykehuset.no. Tilgjengelig fra: <http://www.nordlandssykehuset.no/pasientsikkerhet-og-kvalitet-ved-nlsh/undersoker-sykehusdodelighet-article81843-26309.html> [Lest 23.03].

Nordlandssykehuset HF. (2012a) Styresak 71/12. nordlandssykehuset.no.

Nordlandssykehuset HF. (28.06.122012b) *Styret satser videre på pasientsikkerhet*. [Internett]. Nordlandssykehuset.no. Tilgjengelig fra: <http://www.nordlandssykehuset.no/pasientsikkerhet-og-kvalitet-ved-nlsh/styret-satser-videre-pa-pasientsikkerhet-article95189-26309.html> [Lest 23.03].

Nordlandssykehuset HF. (2013) *Styresak 83/13*. [Internett]. nordlandssykehuset.no. Tilgjengelig fra: <http://www.nordlandssykehuset.no/styremotekalender-nlsh/styremote-i-nordlandssykehuset-3-oktober-2013-article101160-4149.html?date=03.10.2013> [Lest 05.05].

Nordlandssykehuset HF. (2014a) *Styresak 95/14 Resultater fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen (PSKU) 2014*. Nordlandssykehuset.no.

Nordlandssykehuset HF. (2014b) *Åpenhetspris til Barthold Vonen*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.nordlandssykehuset.no/aktuelt/apenhetspris-til-barthold-vonen-article123600-3018.html> [Lest 0105].

Nordlandssykehuset HF. (2015) Styresak 120/2015.

Nordlandssykehuset HF. (2016) Styresak 4-1016 Pasienthendelser, tilsys og NPE-saker for NLSH HF i 2015. Nordlandssykehuset.no.

NOU 2015:11. (2015) Med åpne kort.

Olsen, E. (2007) Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. <http://www.tidsskriftet.no>, 20, 2007: 127:2656-60, s. 4.

Oslo Universitets Sykehus. (04.05.20152015) *Uønskede hendelser og pasientsikkerhet*. [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/_kvalitet/_pasientsikkerhet/_uonskede-hendelser_ [Lest 28.02].

Pasientsikkerhetsprogrammet. (2014) *Faktaark om pasientsikkerhetskulturundersøkelsen 2014*. [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/M%C3%A5linger/Materiell/_attachment/2734?_ts=143ddaf68c5 [Lest 13.05].

Pasientsikkerhetsprogrammet. (2015) Lær om programmet.

Patton, M. Q. (2015) *Qualitative research & evaluation methods : integrating theory and practice*. 4th ed. Los Angeles, Sage.

Paulsen P.M.E., B. G. (2006) Medisinstudentar og legar sine haldningar til medisinske feil og pasientskade. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:2129 – 32 (Nr. 16 - 24. august 2006).

Pettersen, E. (2015) *Rapporteringskultur og pasientsikkerhet*. Master, Univeristet i Tromsø.

Reason, J. (2000) Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237) (2000, Mar 18), s. 3.

Respondent nr 1. (2016).

Respondent nr 2. (2016).

Respondent nr 3. (2016).

Respondent nr 4. (2016).

Respondent nr 5. (2016).

Respondent nr 6. (2016).

Respondent nr 7. (2016).

Respondent nr 8. (2016).

Sari, A. B. et al. (2007) Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ*, 334 (7584), s. 79.

Stacey, R. D. (2011) *Strategic management and organisational dynamics : the challenge of complexity to ways of thinking about organisations*. 6th ed. Harlow, Financial Times Prentice Hall.

Statens Helsetilsyn. (2015) *Med tilsynsblick på alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. ISSN: 1503-4798. <http://www.helsetilsynet.no>.

Stortinget. (2016) § 3. Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll. lovdata.no.

Tjora, A. H. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.

Vincent, C. (2007) Incident reporting and patient safety. *BMJ*, 334 (7584), s. 51.

Waring, J. J. (2005) Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Social Science & Medicine*, 60 (9), s. 1927-1935.

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M. (2007) *Managing the unexpected*, Jossey-Bass.

WHO Europe. (2016a) *Adverse events*. [Internett]. <http://www.euro.who.int>. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/topics/patient_safety/en/ [Lest 08.05].

WHO Europe. (2016b) *Patient safety*. [Internett]. <http://www.euro.who.int>. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety> [Lest 25.03].

Aase, K. (2010) *Pasientsikkerhet, Teori og praksis i helsevesenet*, Universitetsforlaget.

Aase, K. (2015) *Pasientsikkerhet, Teori og praksis*, Universitetsforlaget.

8 Vedlegg

Vedlegg:1

Kvalitativ undersøkelse om åpenhetskultur ved nordlandssykehuset.

INFORMASJONSSKRIV

Vi er to fagsykepleiere fra Prehospital klinikk, enhet for AMK/Akuttmottaket og observasjonsenhet, som tar en master i Samfunnssikkerhet og kriseledelse ved Nord Universitet.

I vår masteroppgave skal vi se på åpenhetskulturen ved sykehuset.

Har åpenhetskulturen påvirkning på meldekultur, forbedringskultur eller pasientsikkerhetskulturen?

Hvordan opplever de ulike delene av organisasjonen (ansatte, ledere og administrasjon) de ulike kulturene?

Vi ønsker å intervju deg for å høre dine oppfatning rundt temaet.

Intervjuet vil ta ca en time, og vi vil bruke lydopptaker for å kunne skrive ned samtalen i etterkant. (Lydopptaket blir senere slettet)

Vi legger intervjuet til ett sted vi ikke blir forstyrret mens intervjuet pågår. Nærmere sted avtales hvis du ønsker å bidra.

Det er muligheter for å gjøre intervjuet på kveldstid hvis dette passer best for deg.

Anonymisering og taushetsplikt.

Det anonymiserte lydopptaket og transkripsjonen vil slettes når oppgaven er levert og evaluert.

Vi vil tolke og bruke deler av intervjuet inn i oppgaven, men på en slik måte at det vil være anonymisert.

Personopplysninger vil ikke være sporbart direkte eller indirekte. Klinik/avdelings – tilhørighet blir anonymisert.

Vi håper du vil kunne stille til intervju med oss for vår oppgave.

Du har full mulighet til å trekke deg fra deltagelse og til å lese gjennom intervjuet i etterkant.

Vi takker deg for at du ønsker å stille opp til intervju for oss. Og dersom du skulle ha noen spørsmål til oss, må du ikke nøle med å ta kontakt.

Mvh

Bjørn Faldaas

91609695/ faldaas@gmail.com

Bente Petrin Bang

97163850/ bentepetrin@yahoo.no

Vedlegg 2

INTERVJU GUIDE

Fase	Spørsmål/ info	Guide/ hint
Informasjon	<ul style="list-style-type: none">• Si litt om hva som er tema for intervjuet og hva vi skal bruke det til• Informer om taushetsplikt og anonymitet• Spør om respondenten har noen spørsmål• Samtykke til opptak• Starte opptak hvis ok	Ref. Informasjons-skrivet
Oppvarming	<ol style="list-style-type: none">1. Kjønn/ alder2. Sivilstatus3. Barn og evt antall4. Hvor lenge har du jobbet ved nordlandssykehuset?5. Geografisk tilknytning/ fast bosted	
Overgang	<ol style="list-style-type: none">6. De senere års økte fokus på pasientsikkerhet fra regjering og storting. Og det kommer rapporter som sier noe om rikets tilstand på pasienthendelser, fokuset på at antallet må ned.7. Sykehuset har egen pasientsikkerhetsgruppe, hva er din holdning til den, er det viktig arbeid?8. Hva mener du om utviklingen i forhold avvikshåndteringen på	

	<p>sykehuset. (etablering av docmap som meldetjeneste, pasienthendelser går til kunnskapssenteret, fokus på åpenhet og pasientsikkerhet, nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, i trygge hender)</p> <p>9.</p>	
<p>Refleksjonsdel/ nøkkelspørsmål</p>	<p>10. Sykehuset har satt i gang flere kampanjer for å sette fokus på pasientsikkerhet og har innført en større fokus på åpenhetskulturen. Føler du at dette har endret kulturen i sykehuset , og da spesielt pasientsikkerhetskulturen?</p> <p>11. Flere sykehus i Norge legger ut 3-3 sakene ut offentlig, hva mener du om dette? (pasienthendelser) (positiv/negative effekter)</p> <p>12. Tror du dette påvirker meldekulturen til de ansatte? Evt hvordan?</p> <p>13.</p> <p>åpenhetskulturen</p> <p>-avvikshåndtering</p> <p>-meldekultur</p> <p>-endres pasientbehandlingen/tilbudet</p>	

Oppsummering/ avslutning	<ul style="list-style-type: none"> - Oppsummere / ”har jeg forstått deg riktig...?” - Si at vi er i ferd med å avslutte intervjuet, spørre om respondenten har noe å tilføye - Si at lydopptaket vil bli avsluttet så snart intervjuet er ferdig - Minne på hva som vil skje videre med intervjumaterialet og lydopptaket - Takke for at respondenten ville stille opp og minne om at det bare er å ta kontakt hvis vedkommende har spørsmål - Stoppe lydopptaket 	Ref. informasjonsskrivet
-----------------------------	---	-----------------------------

Vedlegg: 3

Oversikt over respondenter og funksjon:

Respondent 1: Leder

Respondent 2: Leder

Respondent 3: Helsepersonell

Respondent 4: Helsepersonell

Respondent 5: Leder

Respondent 6: Helsepersonell

Respondent 7: Leder

Respondent 8: Helsepersonell

Vedlegg: 4

<p>Hva kjennetegner meldekulturen i Nordlandssykehuset</p>	<p>Bidrar økt åpenhet rundt avvikene til en endring i meldekulturen</p>	<p>Hvilken påvirkning har meldekultur på pasientsikkerhet.</p> <p>Har meldekultur påvirkning på pasientsikkerhet.</p> <p><i>Fører meldekulturen til endring av pasientbehandlingen?</i></p>
<p>MELDEKULTUR</p>		
<p>Hva gjør at man melder</p> <ul style="list-style-type: none"> -lokale engasjerte personer -kort ansiennitet. -man kan følge avviket. -at det er synlig for ledelsen oppover. -alvorlighetsgrad, jo mer alvorlig jo større sannsynlighet for å melde. 	<p>åpenhet internt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - top-down -aktive ledere -passive ledere -oppfølging av avvik -”Paul” tavlene -tavlene bidrar til utrygghet -tavlene bidrar til trygghet -åpenhet gir ikke mindre pasientsikkerhet. -lære av andres feil internt. -lære av feil gjort på andre 	<ul style="list-style-type: none"> -tiltaksprogrammene -bilene eksempel -tar tid å bygge ny kultur. - ledelse må tilrettelegge for ansatte for pasientsikkerhet. -Ansatte må gjøre ”rett” og drifte som bestemt av ledere for å få pasientsikkerhet. -får ingen tilbakemelding på avvik. -Kan godt hende meldinger påvirker, men har ikke sett det. -tilbakemeldingene fra

	<p>sykehus.</p> <p>-sunt å være åpen</p> <p>-endring skjer ikke over natta.</p>	<p>kunnskapssenteret tar for lang tid og bekrefter bare det vi vet.</p> <p>-fordel med at det blir tatt tak i.</p> <p>-føre til at man er flinkere å bruke prosedyrer</p> <p>-må frem i lyset hva pasientsikkerhet er generelt</p>
<p>Hva gjør at man ikke melder</p> <p>-media</p> <p>-normalisering</p> <p>-ulik kultur mellom ansiennitet. Lang ansiennitet melder ikke.</p> <p>-tas opp i uformelle kanaler</p> <p>-24timers regelen for §3-3 saker.</p> <p>-skulle vært flinkere å bruke det hvis man hadde fått tilbakemelding</p>	<p>Åpenhet eksternt.</p> <p>-redd befolkning</p> <p>-tillit hos befolkningen</p> <p>-befolkningen for bare gjennom media vite hva som har skjedd, ikke hvorfor.</p> <p>-bedre strategi ved offentliggjøring av hendelser.</p> <p>-åpenhet om feil vanskelig, kan virke inkompetent og dum</p> <p>-hvis åpenhet må man vise hva man gjør med hendelsen</p>	<p>-mer systematisk jobbing i ledelsen enn hos den enkelte arbeidstaker</p> <p>-nytt prosjekt=nytt skjema</p> <p>-endring i bemanning, PR ført eller noe de bare gjør.</p> <p>-prosjekter mer personer fra flere klinikker, større forståelse</p> <p>-avvik med samme tema, hva gjøres?</p> <p>Endringer innen egen enhet enklere enn hvis det innbefatter flere</p> <p>-prioritere områder å satse på</p>
Hva meldes	Fragmentering av åpenhet nedover.	-fortsette etter implementering

<p>Hva meldes ikke</p> <ul style="list-style-type: none"> -underrapportering -isfjellprinsippet -havarikommisjonen -mangel på tid -tidspress -travelhet -tilgjengelighet -enkelhet -tidkrevende å melde -blitt en vane -anonymitet -kvier seg hvis det er kolleger involvert 	<ul style="list-style-type: none"> -Redsel -Redd for medias vinkling av avviket som meldes -redsel for å bli gjenkjent, anonymitet er relativt. -ansatte blir stolte av at ledelsen tar ansvar ved alvorlige hendelser. -åpenhet for å unngå at rykter sprer seg. -en ”normal” sak skremmer vettet av folk etter det har vært i media. -media har en annen agenda en sykehuset ved offentliggjøring. -grove eksempler på hvordan saker blir håndtert av media. 	
<p>Hvordan oppleves det å melde</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Det bidrar ikke til noen endring 	
<p>Tilbakemeldinger</p> <ul style="list-style-type: none"> -respons -tidsaspekt 	<ul style="list-style-type: none"> -personifisering av alvorlige avvik. 	
<p>Redsel for å melde</p> <ul style="list-style-type: none"> -hierarki -ta alt ansvaret selv -anonymitet 		

<p>-maseavvik</p> <p>-kunnskapssenteret.</p> <p>-dobbel straff hvis avvik på seg selv.</p>		
<p>Normalisering</p>		
<p>Gjentakende avvik</p> <p>-Det å melde skal ikke være feil, man skal ikke miste jobben selv om man melder</p> <p>-usikkerhet rundt om meldinger kan føre til sanksjoner</p>		

Vedlegg: 5



Vår ref: 07.16 Saksbehandler: Alisa Larsen Dato: 19.02.2016

GODKJENNELSE AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER - KVALITETSPROSJEKT

Viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.02.16.

Meldingsnr: 07.16. Tittel: Har endring av åpenhet rundt alvorlige avvik påvirkning utvikling/endring av pasienttilbudet

Formål med prosjektet: Har åpenhetskulturen påvirkning på meldekultur, forbedringskultur eller pasientsikkerhetskulturen? Hvordan opplever de ulike delene av organisasjonen (ansatte, ledere og administrasjon) de ulike kulturene? Formålet med studiet er å se om åpenhetskulturen har en påvirkning på meldekulturen og forbedringskulturen i de forskjellige nivåene i sykehuset.

Tidspunkt for prosjektet (til/fra): 01.01.2016 – 18.05.2016

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-26 i personopplysningsforskriften og hjemlet etter helsepersonelloven § 26, j.fr personopplysningsloven § 33, 4. ledd.

Det forutsettes at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt i selve meldingen samt i øvrig korrespondanse og samtaler. Videre forutsettes det at bestemmelsene i personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter følges. Prosjektet må videre gjennomføres i henhold til annet relevant regelverk, herunder de alminnelige regler om taushetsplikt.

- Dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen må det meldes særskilt i hvert enkelt tilfelle.
- Dersom prosjektet har varighet på mer enn tre år skal prosjektansvarlig

hvert tredje år sende bekreftelse til personvernombud på at behandlingen skjer i overensstemmelse med søknaden og vilkårene som er nevnt i denne godkjennelsen.

- Det skal gis tilbakemelding til personvernombudet når registret er slettet.

All data skal anonymiseres etter prosjektavslutning ved at kodeliste/krysslister/løpenummer slettes, jfr. pkt 8.6 i meldeskjemaet samt at tilgang til kodelisten/krysslisten/løpenummer tillegges prosjektleder. All data skal oppbevares nedlåst.

Med hjemmel i personopplysningslovens forskrift § 7-12 godkjennes det at behandlingen av personopplysningene kan gjennomføres med de vilkårene som nevnt ovenfor.

Med hilsen NORDLANDSSYKEHUSET HF

Alisa Larsen Informasjonssikkerhetsrådgiver/Personvernombud

Vedlegg 1

Vedlegg – kvalitetsprosjekter

Forskrift om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften)

§ 7-12 Personvernombud Datatilsynet kan samtykke i at det gjøres unntak fra meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, dersom den behandlingsansvarlige utpeker et uavhengig personvernombud som har i oppgave å sikre at den behandlingsansvarlige følger personopplysningsloven med forskrift. Personvernombudet skal også føre en oversikt over opplysningene som nevnt i personopplysningsloven § 32.

§ 7-26. Behandling av pasientopplysninger hos helsepersonell som er underlagt offentlig autorisasjon eller gitt lisens Behandling av pasient-/klientopplysninger hos offentlig autorisert helsepersonell og helsepersonell som er gitt lisens, jf. helsepersonelloven § 48 og § 49, er unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 første ledd.

Unntak fra konsesjonsplikt gjelder bare dersom personopplysningene behandles i forbindelse med:

a) behandling og oppfølging av den enkelte pasient, b) arbeid som oppnevnt sakkyndig, eller

c) utarbeidelse av statistikk.

Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven).

§ 33. Konsesjonsplikt Det kreves konsesjon fra Datatilsynet for å behandle sensitive personopplysninger. Dette gjelder likevel ikke for behandling av sensitive personopplysninger som er avgitt uoppfordret.

Datatilsynet kan bestemme at også behandling av annet enn sensitive personopplysninger krever konsesjon, dersom behandlingen ellers åpenbart vil krenke tungtveiende personverninteresser. I vurderingen av om konsesjon er nødvendig, skal Datatilsynet bl.a. ta hensyn til personopplysningenes art, mengde og formålet med behandlingen.

Dersom Datatilsynet mener at konsesjon for en behandling vil være åpenbart unødvendig, kan tilsynet bestemme at behandlingen ikke krever konsesjon.

Den behandlingsansvarlige kan kreve at Datatilsynet avgjør om en behandling vil kreve konsesjon.

Konsesjonsplikt etter første og annet ledd gjelder ikke for behandling av personopplysninger i organ for stat eller kommune når behandlingen har hjemmel i egen lov.

Kongen kan gi forskrift om at visse behandlingsmåter ikke trenger konsesjon etter første ledd. For behandlingsmåter som unntas fra konsesjon kan det gis forskrift for å begrense ulemper som behandlingen ellers kan medføre for den registrerte.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

§ 26. Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.

Ved samarbeid om behandlingsrettede helseregistre etter pasientjournalloven § 9 kan slike opplysninger også gis til ledelsen i samarbeidende virksomhet.

Den som yter helsehjelp, skal uten hinder av taushetsplikten i § 21 gi vedkommende virksomhets pasientadministrasjon pasientens personnummer og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data.

Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for personell i pasientadministrasjonen.
